

Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Rua Pirapitinguy, 114 — Telephone, 7-4020

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura: por 1 anno 30\$000; por 2 annos 50\$000

Vol. XXXVII

Janeiro de 1939

N. 1

Anatomia de Reto (*)

Prof. Dr. Renato Locchi

Catedrático de Anatomia da Faculdade de Medicina

Em face da extensão da materia a tratar em tão curto tempo, o O. observa de antemão que fará somente uma recapitulação rápida da Anatomia descritivo-topografica do reto, focalizando questões que julga mais interessantes.

Depois de dizer do limite superior do reto (marcado pelo esfíncter de MOUTIER) da sua situação geral (holotopia), depois de apenas enumerar suas relações com o esqueleto (esqueletopia) e com os órgãos visinhos (syntopia) nos dois sexos e em indivíduos de bacia de tipo diferente, analisa a disposição das fascias pelvicas relacionadas com o reto, respetiva interpretação e importância pratica.

Quanto á forma e architettura do reto trata em especial da muscular, baseado principalmente no trabalho de LUBOSCH e SCHALLER. A tunica muscular do reto não pode ser simplesmente vista como uma continuação da musculatura do colon ligeiramente modificada nas suas camadas, mas sim adquire caracteres particulares que lhe emprestam uma fisionomia propria.

O aspeto carnoso do reto quando despido do seu peritoneo e fascia periretal depende de uma verdadeira diferenciação dos feixes musculares e não simplesmente de maior espessura da tunica muscular, o que naturalmente é correlato á função do órgão. A muscular retal está disposta em duas camadas, uma externa, longitudinal contínua e outra interna, circular. Ambas se apre-

(*) Resumo da conferencia pronunciada pelo autor.

sentam mais simplesmente constituídas na porção superior do órgão do que na inferior; a complicação da musculatura retal é ligada ao fato da passagem do mesmo reto pelo períneo e estrictas conexões com a musculatura deste, antes de sua terminação anal. A camada longitudinal bem como a circular não são de espessura uniforme em toda altura do reto, mas apresentam zonas de espessamento de valor especial; ainda mais, no reto como no colon não ha independencia entre as 2 camadas musculares mas sim continuidade de feixes da longitudinal na circular, mais evidente nas zonas em que o reto apresenta, na sua superficie interna, as pseudovalvulas ou dobras transversaes da mucosa. Ao nivel do reto perineal e do orificio anal a musculatura é muito complicada; de fato aí se diferencia um esfinter interno involuntario ou liso e outro esfinter externo, voluntario ou estriado. Por causa disso e pela penetração de feixes do musculo elevador do anus na musculatura do reto bem como de feixes do chamado musculo reto-coccigeo, não é simples a disposição deste verdadeiro aparelho de fechamento e abertura do ultimo segmento do intestino grosso.

O musculo elevador do anus só tem realmente esta função por meio dos seus feixes, relativamente pouco numerosos, préretais; estes alcançando o contorno anterior do reto mudam de direção misturam-se aos feixes longitudinais do mesmo e vão até o contorno do orificio anal onde se terminam. Os outros feixes do elevador que rodeiam o reto dorsalmente são mais constrictores do reto do que elevadores do anus, sendo mesmo indicados como constituindo um outro esfinter estriado collocado acima do clas-sico esfinter externo do anus, por isso, agindo sobre o reto perineal.

Os feixes direito e esquerdo do chamado musculo reto-coccigeo, de fibras lisas, alcançando o reto seguem com os feixes externos do mesmo até a zona dos esfinteres onde passam entre os respetivos fasciculos em busca da mucosa ou da pelle.

A camada circular da musculatura do reto nos ultimos 3 cms. distais i. é., ao nivel do reto perineal, é espessada em esfinter, esfinter interno ou involuntario. Por fóra desse espessamento de musculatura lisa aparece o esfinter estriado ou externo.

O esfinter externo do anus é formado de varios feixes mais ou menos individualizados (HOLL, HILLER, BLAISDELL, etc.,) nm *feixe subcutâneo* circular, um outro em Y, que é chamado *feixe superficial* do esfinter e um terceiro feixe que é o *feixe profundo* do mesmo. Em sintese na extremidade distal do intestino reto existe uma complicada disposição muscular em parte lisa em parte estriada, o conjunto formando um verdadeiro aparelho de fechamento e abertura do canal anal.

Sobre a mucosa retal, o O. depois de mencionar as particularidades visiveis macroscopicamente, lembra que para alguns

AA. as chamadas valvulas de Houston não servem para suportar o conteúdo do reto e nem para o aumento da sua capacidade mas sim a função delas seria transformar uma força peristáltica em força espiral, o que facilitaria, no momento da defecação, o franqueamento do aparelho esfinteriano do anus.

A seguir descreve sumariamente a vascularização do reto. A respeito das arterias, depois de dar as origens das mesmas, tece comentarios sobre as arcadas sigmoidéas e tipos de anastomose com a arteria emorroidaria superior i. é., sobre o que se chama ponto ou melhor *zona critica* de Südeck, citando os trabalhos de FORGUE e MILHAUD, CLERMONT etc. Passa em revista os plexos venozos hemorroidarios e a seguir refere-se aos linfaticos do reto. A este respeito recorda o estado atual dos nossos conhecimentos sobre circulação colateral e circulação retrograda linfática (v. ROUVIERE e VALLETTE).

Por fim descreve os nervos principalmente do esfinter externo, notando a frequente variedade de origem dos mesmos observada no Departamento de Anatomia de S. Paulo pelo Dr. BIELIK nas suas disseções. Acha mesmo que bem merecia um estudo sistematico em material do nosso meio e nos dois sexos, a disposição do m. esfinter externo do anus, assim como da respectiva inervação.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 1

**Na anemia perniciosa, nas da verminose e
anemias hypochromicas de todos os tipos**

VITAFERROL

*Extracto de Fígado, Ferro, Cobre, Boldo
e Elixir digestivo de agradável sabor*

**Entero-colites, diarrhéas e dysenterias amebianas.
Protozooses intestinaes agudas ou chronicas**

CAROBINASE

Efeito surprehendente nas enteralgias e tenesmos

**INSTITUTO BIOCHIMICO PAULISTA LTDA. • Caixa Postal, 2575
SÃO PAULO • BRASIL**

Drs.
M. O. Roxo Nobre
e Raul Braga

RADIOTHERAPIA

Instalação para tratamento radiológico, profundo e superficial. — Aplicações de doses fraccionadas e protraídas na therapeutica dos tumores. — Tratamento de affecções neurologicas, clinicas e post-operatorias. — Therapia superficial em todas as indicações dermatologicas.

Moderna aparelhagem Siemens e Reiniger

RUA SENADOR PAULO EGYDIO, 15. SALAS 607-9. PHONE : 2-5831

Das 14 ás 17 horas

INSTITUTO BIOS

M. VIANNA & CIA. LTDA.

RUA DR. OCTAVIO CARNEIRO, 130 - NITEROI

Um producto que vem impressionando a classe medica pelos seus effeitos maravilhosos:

HEMO-HORMON **(HORMONIO HEMATOGENICO)**

6 AMP. DE 5 c.c.

Alem de substituir as transfusões de sangue nos seus effeitos, tem a vantagem do preco e manipulação facil.

Indicado em todos os typos de anemias e como estimulante das defesas naturais do organismo.

A' VENDA EM TODAS AS DROGARIAS

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO
D. CIRILLO

RUA QUIRINO DE ANDRADE, 211

TELEPHONE. 2-1400

CAIXA POSTAL, 3249

S. PAULO

Aspecto anatomo-patológico das afecções cirúrgicas do reto (*)

Dr. Paulo Q. T. Tibiriçá

1.º Assistente de Anatomia Patologica da Faculdade de Medicina

Em primeiro lugar devo agradecer a amabilidade do Departamento Científico do Centro Academico Oswaldo Cruz, lembrando o meu nome para tratar de um assunto tão importante como esse que terei que passar em ligeira revista.

O assunto é por demais extenso, de modo que terei que fazer apenas uma revista muito por alto, focalizando principalmente certas particularidades anatomopatológicas de processos que serão estudados em conferencias vindouras, pelos colegas cirurgiões. Poderíamos fazer um estudo de cada uma das afecções cirúrgicas do reto, sua forma, sua histologia, seu modo de formar-se, modo de terminar e assim por diante. Entretanto isso seria impossível dada a extensão da materia. Deste modo vou apenas chamar a atenção para algumas particularidades e principalmente para aspectos histopatológicos de lesões que macroscopicamente, os cirurgiões conhecem muito bem, e mesmo, digo com toda a franqueza melhor do que nós, anatomo-patologistas, porque temos a nosso dispor, principalmente, cadáveres ou pedaços de tecidos muito limitados, nos quais o aspecto macroscopico desaparece, completamente. Assim sendo, devo começar por uma revista ligeira das:

MALFORMAÇÕES

Sob este titulo devemos considerar em primeiro lugar a *atresia do anus*, isto é, a falta de formação do orificio anal. Essa atresia do anus é facilmente explicavel pela falta de perfuração da membrana anal que é a porção posterior da primitiva membrana cloacal, que depois vem a ser dividida pela septação da cloaca.

Nessa atresia do anus, nós podemos ter a membrana cloacal muito delgada, de modo que uma manobra, ás vezes o proprio

(*) Conferencia taquigrafada pelo acad. Luiz Kencis.

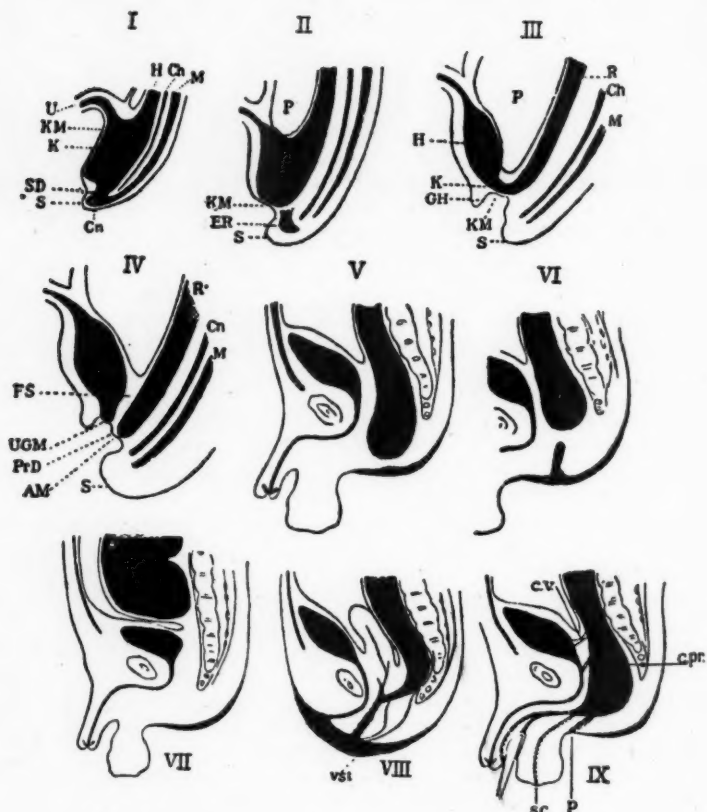


Fig. 1 — (Kaufmann)

exame da porção anal, pode perfura-la e, por assim dizer, curar o paciente. Outras vezes, entretanto, pode acontecer, devido á entrada de uma quantidade grande de mesenquima entre as duas folhas epiteliaes, que essa lamina assim se torne por demais espessa, necessitando-se aí, então, de intervenção mais energica.

Ao lado da atresia do anus, temos que estudar a *atresia do reto*.

Nesse caso nós vamos verificar que se forma o canal anal, com os seus esfincteres, mas a porção retal da porção terminal dos colons, não se formou: ha uma falha de continuidade, bastante grande, entre o fundo cego do colon e o fundo cego contrario do colon retal; nesse caso as intervenções já têm que ser mais complicadas, quando possiveis, porque quando falta grande porção

do intestino final, essa anastomose, pode ser muito difficil ou mesmo impossivel.

Ainda podemos ter a concomitancia dos dois processos, isto é, a falta de formação do reto e do anus. Ai a operação necessaria é mais complicada ainda.

Entre outras malformações temos que considerar as fistulas congenitas que podem ligar o reto a orgãos ocos vizinhos, como á vagina, á uretra, á bexiga. Todas essas malformações podem aparecer com maior ou menor frequencia.

Tem certa importancia prática o conhecimento desses factos, para que examinando o recém-nascido possa o clinico ajuizar da vantagem ou não das operações.

Vejamos no esquema anterior, essas malformações (Fig. 1).

PERTURBAÇÕES CIRCULATORIAS

Teriamos que falar na existencia da congestão activa e da congestão passiva, mas não têm importancia muito grande em cirurgia; basta que se saiba da sua existencia para saber que pode haver maior ou menor hemorragia durante a operação. Uma perturbação circulatoria de maior importancia, vêm a ser as

HEMORROIDAS

Como os srs. todos sabem, nas hemorroidas ha uma dilatação do plexo venoso hemorroidario. Essas dilatações vão trazer perturbações bastante graves para o lado da defecação e trazem tambem grandes incomodos para o paciente, como sejam: dôres, difficuldade na defecação, tenesmo etc.

Quanto aos dados anatomo-patologicos, propriamente ditos, vamos ver histologicamente, nesses casos, as paredes venosas apenas distendidas, podendo em um ou outro caso, apresentarem algumas rupturas de fibras e alguma fibrose. Com certa frequencia vamos encontrar trombos dentro desses vasos.

Quando existe uma trombose e consequente organização, podemos ter em consequencia de organização, a cura expontanea das hemorroidas.

Uma consequencia interessante, debaixo do ponto de vista pratico, vem a ser o aparecimento de tromboflebite, nas hemorroidas. Nesses casos, vamos ter uma infecção do plexo hemorroidario dilatado, geralmente por germens provindos da luz anal, entrados em geral durante o ato da defecação, pois dando-se através um canal estreitado, vai produzir, principalmente quando se trata de fezes duras, pequenas erosões da mucosa, por onde pe-

netram os germens que daí chegam com facilidade á parede das veias, atravessam-na e vão produzir no seu interior uma flebite, com formação de trombo, no caso desse já não existir previamente.

Essa flebite tem bastante importancia prática porque pode ser o ponto de partida de uma septicemia, e deve ser tratada com todo o rigor.

MODIFICAÇÕES DE POSIÇÃO DO RETO E ANUS

Em seguida temos que falar ligeiramente sobre as modificações de posição do reto, do anus ou das suas porções componentes. E' assim que temos que falar daquilo que geralmente se denomina prolapso. Podemos ter um prolapso apenas da mucosa, estando a porção muscular na sua posição costumeira e o escorregamento dando-se á custa da frouxidão do tecido conjuntivo da sub-mucosa. Esses prolapsos da mucosa em geral dão-se em individuos hemorroidarios, pela presença de um bolo fecal ressecado e duro. Isso porque o individuo hemorroidario tem medo de defecar, porque sabe que esse ato lhe é doloroso. Sabendo isso, procura reter as fezes e em consequencia disso, vai produzir para o futuro condições da defecação em que a dôr vem com capital e juros, pois nessas condições haverá possibilidade da formação de um prolapso da mucosa.

Depois temos que considerar o *prolapso do reto*: neste vemos que a parede retal, toda ela desce e sai pelo orificio anal. Nesses casos vamos ver que não é apenas a mucosa, como no caso anterior, mas tambem a muscular. Emfim é a parede completa que acompanha a mucosa. Aqui nos temos a dizer que para que isso aconteça é preciso que haja uma disposição individual ou uma grande frouxidão dos tecidos conjuntivos periretais, ligamentos, etc. Geralmente esse prolapso se forma durante a defecação, mas pode-se formar tambem fora dela. Um fato interessante a esse respeito é o que se refere ao prolapso do reto, nas creanças. Nelas, esse prolapso do reto se forma com facilidade mais do que no adulto, mas tambem se reduz com a mesma facilidade e frequentemente a sua redução é expontanea. Cita-se como piada o caso de um academico de medicina, que durante a epidemia de gripe em 1918 trabalhava como médico, como quasi todos fizeram, atendendo num hospital onde havia crianças; á noite, uma criança surgiu com prolapso do reto e resolveu ele fazer a redução do mesmo. Quando chegou com a gaze e encostou na mucosa, o prolapso, antes que ele fizesse qualquer manobra, reduziu-se completamente. Foi então ele muito aplaudido, pela sua pericia, quando na verdade, a redução se devia a um reflexo provocado pela gaze ao ser encostada á mucosa.

No adulto já as cousas não se passam assim e é necessario intervenções, quando não do cirurgião, pelo menos do clinico.

Depois temos a considerar a

INTUSSUSCEPÇÃO DO SIGMA.

Nesse caso, temos o reto e o anus nas suas posições normais e o sigma então, é que se invagina para dentro do reto e sai para o exterior, formando assim uma verdadeira invaginação do sigma no reto. Essa invaginação pode atingir grande comprimento do colon, principalmente em individuos que têm meso muito longo. O prof. Sergio Meira relatou-me, certo dia, o caso de um menino que estava com uma intussuscepção do sigma e com uma grande porção do mesmo para fora do anus. Em certo ponto encontrou preso á parede do colon uma formação que achou ser um polipo; ligou-o na base, fez a secção e reduziu essa intussuscepção, mandando a peça ao anatomopatologista, que verificou tratar-se de apendice no avesso. Nesse caso temos que admitir que descera até o cecum.

Depois temos passar ao estudo das

INFECÇÕES AGUDAS DO RETO.

Nesse estudo, temos que considerar em primeiro lugar, as retites banais e as traumaticas. Nesses casos, em geral, vamos ter uma inflamação localizada ou difusa para o lado da mucosa e sub-mucosa. Essa inflamação, em geral, é do tipo supurativo cujo quadro histologico já os srs. conhecem.

Essa inflamação pode-se propagar quer pela mucosa, pela tunica propria, quer pela sub-mucosa e geralmente tem certa extensão, podendo, entretanto, ser limitada apenas á mucosa. Essas inflamações geralmente são a consequencia de pequenas soluções de continuidade do revestimento epitelial superficial ou então solução de continuidade no fundo de glandulas. E nesses casos, os germens do conteúdo retal, aproveitam a ocasião e si o organismo lhes der essa possibilidade, produzem aí a invasão com consequente inflamação.

Essas retites banais curam-se facilmente com interferencia de antisepticos.

Um outro tipo de inflamação aguda, que podemos encontrar aí, vem a ser a *retite blenorragica*.

Essa retite blenorragica é mais frequente na mulher do que no homem e isso pela proximidade existente entre a vulva e o anus. Existe aí apenas uma pequena porção de perineo, e ainda mais, em decubito dorsal, as secreções, os exsudatos vaginais, escor-

rem com toda a facilidade para traz no dito perineo e encontram o anus; daí a facilidade de contaminação.

No homem já devemos admitir um mecanismo diferente: uso de sonda infectada, coito anal e assim por diante.

Nos casos de retite blenorragica, vamos notar no exsudato, à principio, um quadro de inflamação supurativa, comum, mas no fim de muito pouco tempo, vamos notar que ás celulas encontradas no exsudato vão se juntar plasmocitos, de modo que quando temos uma retite com um exsudato na mucosa ou submucosa, exsudato de natureza supurativa, mas acompanhado da presença de plasmocitos, devemos dizer que com muita probabilidade essa retite é de tipo blenorragico. Em geral, essa retite blenorragica produz os fenomenos de uma inflamação aguda, depois regride e pode, em seguida, passar desapercibida. Em alguns casos, entretanto, pode produzir fibrose mais ou menos intensa, que sendo acompanhada de ulceração vasta, pode trazer como consequencia um estreitamento. Mas isso não é a regra.

Depois podemos encontrar:

Retites de natureza disenterica, quer dizer retites amebianas e bacilares.

Nesses casos trata-se de propagação de processos das porções superiores do intestino, escapando portanto da alçada do cirurgião.

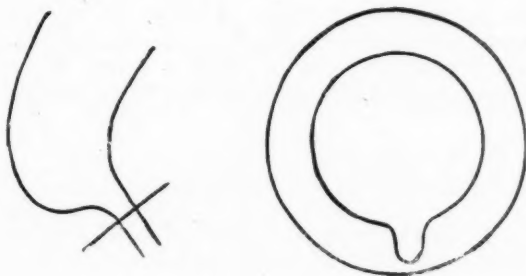
ULCERAS DE DECUBITO

Essas têm bastante importancia prática, porque são a consequencia geral da presença de corpos extranhos no reto. E' sabido que com mais frequencia do que se supõe, existem individuos que colocam corpos extranhos no reto, corpos extranhos os mais variaveis, desde pequenos pedaços de madeira, ou então pequenos frascos, etc. até garrafas (como num caso visto na Assistencia), bicos de borracha: o individuo quando faz um clister, não introduz convenientemente o bico de borracha, e dá curso ao liquido. Essas as **condições em que se verifica esse fato**. O individuo precisa, em geral, ser socorrido pela Assistencia e depois entra na Sta. Casa, para extração desse corpo extranho. Ora, esses muitas vezes não são retirados com a devida urgencia, isso porque o individuo, depois de feita a pratica reprovavel, fica com vergonha e procura esconder o fato, tentando desobstruir o reto por si proprio e só mais tarde, quando vê que esses esforços são inuteis, é que procura o medico. Nesse meio tempo, o corpo extranho age sobre a mucosa, vai produzir aí uma isquemia, consequente a pressão e essa é seguida de necrose; ha, portanto, uma perda de substancia da mucosa, por baixo da qual logo vai formar-se uma inflamação, em vista da existencia de germens.

Uma ulcera de decubito, ou melhor, ulcera traumatica, mais comum vem a ser a produzida pela canula do clister, na parede anterior, pois existe um angulo formado na porção interna do reto, na sua passagem para o canal anal. O individuo que não conhece anatomia, introduz a sonda para o clister, mas não sabe que depois de um certo ponto tem que mudar de posição e assim vai contundir a parede anterior.

FISSURAS CRONICAS.

Essas fissuras cronicas se produzem geralmente por traumatismo ou então em consequencia da inflamação das criptas de Morgagni. Quer se produzam por traumatismo, quer por inflamação pregressa de uma cripta de Morgagni, vamos encontrar ai uma porção do canal anal em que falta a mucosa e na qual pode existir mesmo uma verdadeira goteira, de modo que num corte neste sentido, vamos ver um quadro mais ou menos assim:



Vamos ter histologicamente um bordo necrotico, abaixo do qual existe uma inflamação supurativa, mais ou menos intensa conforme o caso e uma proliferação de tecido de granulação mais abaixo, tendendo a cicatrizar essa lesão. Entretanto, ela não pode cicatrizar-se e isso por dois motivos principais: porque a cada defecação temos a distensão e abertura dessa fissura e por outro lado, os germens ai existem e impedem uma perfeita cicatrização; daí a necessidade de uma intervenção cirurgica.

ABCESSOS

Podem ser: abscessos da mucosa, da submucosa, ou abscessos que atravessando a parede retal vão localizar-se no tecido conjuntivo, ao redor desse órgão. Esses abscessos podem ter va-

riadas posições, variadas formas, localizações, etc. Isso seria melhor estudado por um cirurgião. Temos apenas a dizer que histologicamente, nesses abscessos, vamos encontrar uma parte central, purulenta, onde vamos ver restos nacríticos, de mistura com neutrofilos em desintegração, mais para fóra vamos encontrar a zona em que se processa a inflamação, mais para fora ainda um tecido de granulação mais ou menos rico em neutrofilos.

Uma das localizações bastante predileta dos abscessos ao lado do reto, vêm a ser justamente a fossa ischio-retal.

Como consequência da inflamação aguda e especifica, em certos casos, nos vamos ter as fistulas, que são canais que ligam o reto ao exterior ou então, canais que não chegar a ligar o reto ao exterior, ou o exterior ao reto e assim podemos ter as chamadas fistulas completas, as fistulas incompletas internas e as fistulas incompletas, externas, essas também chamadas fistulas cegas.

Nessas fistulas vamos encontrar um quadro semelhante ao que encontramos no abscesso ou então, vamos encontrar um quadro de uma inflamação especifica. Por exemplo, na tuberculose, vamos encontrar o orificio fistuloso, depois uma porção de substancia caseosa mais para fóra, portanto, a reação propria da tuberculose, com a possibilidade da existencia de pequenos tuberculos.

Em seguida temos que passar ás

INFLAMAÇÕES ESPECIFICAS.

Entre estas devemos considerar em primeiro lugar, a *tuberculose do reto*. Pode ser um fenomeno parcial de uma tuberculose generalizada, pode ser uma tuberculose em individuo com tuberculose pulmonar, ou então uma tuberculose do reto sem tuberculose pulmonar.

No primeiro caso, em geral, é uma tuberculose em tudo semelhante áquela que nós encontramos no intestino delgado e nas porções mais altas do grosso. São as tuberculoses intestinais consequentes á deglutição de catarros ricos em bacilos. Mas podemos ter formas de tuberculose retal que ou sejam decorrentes do complexo primario ou sejam mesmo lesões primarias, sendo um pouco difficil de se provar serem de fato lesões primarias. Nesses casos, com certa frequencia a tuberculose vai ser encontrada em porções mais profundas da parede, em relação á mucosa, havendo mesmo lesões peri-retais entre as quais abscesso frio das fossas isquio-retais. Com muita frequencia, a tuberculose vai dar lugar á formação de fistulas.

SIFILIS

A sífilis no reto e no anus póde ser primaria ou terciaria. A secundaria que nós podemos encontrar na região anal se refere á sífilis secundaria da pele.

Na lesão primaria podemos ter aí o cancro duro, em casos de coito anal ou então do uso por exemplo de jornal para a toilette anal ou emprego de sondas contaminadas e assim por diante.

A sífilis terciaria pode aparecer localizada quer na propria parede do reto, quer ao seu redor sob a forma gomosa ou esclerosa.

Na forma gomosa, vamos encontrar ao lado de uma proliferação conjuntiva, que traz como consequencia uma espessidão de uma ou mais camadas da parede retal, que está semeada de pequena gomas ou de gomas maiores. Quanto á forma esclerosa, hoje em dia já é aceita com mais reservas, porque considerava-se como a forma esclerosa da sífilis retal e anal o celebre sifiloma ano-retal de Fournier, que conforme veremos mais adiante, hoje em dia se considera geralmente mas não sempre, tendo como etiologia o linfogranuloma venereo.

Passemos agora, portanto, ao

LINFOGRANULOMA VENEREO

Em geral a molestia passa do aparelho genital para o anus e reto ou então atinge primitivamente, o reto. Mais frequente, entretanto, é a primeira eventualidade.

A linfogranulomatose retal é encontrada com maior frequencia na mulher do que no homem. Querem uns explicar esse fato por causa das relações diversas dos linfáticos no sexo masculino e no feminino. Outros explicam pela proximidade da vulva ao reto e facilidade de contaminação por fora, dada a frequencia com que existem pequenas erosões da junção muco-cutanea, no reto. Essas pequenas erosões, desde que a elas venha ter a secreção vaginal, podem ser com facilidade uma porta de entrada de infecção no anus e no reto. A infecção aí começa, justamente nessa junção muco-cutanea, e da mucosa penetra rapidamente na sub-mucosa, indo formar nodulos característicos nessa camada. Depois o processo se propaga, quer subindo pela sub-mucosa, quer acompanhando essa sub-mucosa, circularmente. Então veremos a presença, nessa mesma camada sub-mucosa de grandes nodulos constituídos quasi que exclusivamente por plasmocitos no inicio, e nos quais, mais tarde, aparecem na parte central, celulas histiocitárias, a principio, de citoplasma basofilo e que se transformam prontamente em celulas de citoplasma roseo e vacuolizado. Outras vezes, essas celulas histiocitárias podem apresentar-se sob a forma de gigantocitos,

que também assumem rapidamente uma coloração rosea no seu citoplasma e ha vacuolização. Logo esse infiltrado é muito grande e as celulas ficam muito comprimidas umas ás outras; a consequencia disso é a perturbação da nutrição, não só da propria sub-mucosa, como da mucosa que lhe fica por cima, uma vez que a rede capilar da tunica propria seja insuficiente para restabelecer a circulação em se tratando de uma grande extensão da mucosa. Si fosse pequena essa extensão, essa rede embora capilar seria suficiente, mas em extensão maior é insuficiente, e como consequencia, vamos ter a formação de uma ulcera.

Já ao tempo da formação da ulcera, existe uma proliferação conjuntiva, aí ao redor desses nodulos e também ao redor de outros nodulos, situados mais profundamente. Mas uma vez formada a ulcera, é que nos vamos assistir a uma grande neo-formação conjuntiva, aí é que o tecido conjuntivo vai proliferar de fato e vamos ver então o aparecimento de um tecido de granulação rico em vasos de trajeto mais ou menos paralelos uns aos outros e muito rico em plasmocitos; é um tecido de granulação que não se encontra outro igual em outros processos patologicos; é portanto típico do linfogranuloma, assim como essas celulas roseas e vacuolizadas. Esse tecido conjuntivo proliferado depois amadurece e se retrai e em consequencia de sua retração é que vamos ver a formação do estreitamento do reto, nos casos de linfogranulomatose.

Existe outra explicação segundo a qual o processo passaria da sub-mucosa para a muscular, formando umas cunhas fibrosas que pela sua retração dão lugar ao estreitamento. Mas no material que eu tive ocasião de examinar — 17 retos com retite linfogranulomatosa — não encontrei tal cousa; somente encontrei como causa de estenose, apenas uma fibrose consequente á ulceração. O processo então, como eu dizia, caminha pela sub-mucosa em todas as direções e também atravessa a muscular. Atravessada a muscular, ele vai formar estrias de infiltração plasmocitaria, estrias essas finas e entre as duas camadas forma também nodulos característicos. Depois, no tecido gorduroso que existe ao redor do reto, vamos encontrar novos nodulos que podem ser mais ou menos importantes do que os nodulos da muscular.

Via de regra, o processo caminha mais rapidamente pela sub-mucosa do que por qualquer outra camada. Tive, entre tanto, um caso interessante em que havia uma micose da sub-mucosa; nesse caso, o processo propagava-se então entre as duas camadas da muscular, tendo-se a impressão de que a micose barrou os linfáticos no avanço do linfogranuloma, porque a propagação se faz sempre pelos linfáticos. E' propriamente nesses que vamos encontrar as lesões mais incipientes.

De modo que aí está visto ligeiramente o quadro do linfogranuloma.

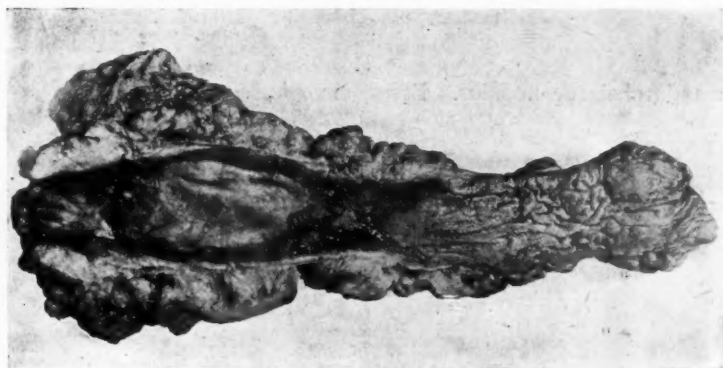


Fig. 2

Vamos passar agora em revista algumas figuras.

Vemos na figura 2 o aspeto macroscopico da lesão. A ulcera começa imediatamente acima do anus e propaga-se reto acima, atinge em toda a circunferencia a parede; o fundo é relativamente pouco irregular e os bordos arredondados e não muito duros ao tacto. Essa falta de dureza ao tacto é interessante, porquanto desde que exista uma infiltração celular nessa doença, esses bordos deviam ser duros ao tacto, mas abaixo do infiltrado celular, existe sub-mucosa e é isso que nos vai dar sensação de moleza relativa ao tacto.

Neste caso vemos uma ilha em que houve já a cicatrização. Nessa cicatriz vemos ter a proliferação do tecido conjuntivo, cada vez maior e desaparecimento do infiltrado celular. Fato interessante que se observa tambem é a proliferação de tecido gorduroso pararectal que se vê bem nessa peça.



Fig. 3

A figura 3 representa um corte longitudinal do reto e do anus de um individuo portador de uma retite linfogranulomatosa. Vemos toda essa porção ulcerada, a submucosa espessada e toda cheia de nodulos. Esses, examinados ao microscopio revelam a estrutura típica dos nodulos de linfogranulomatose. Não podemos ver aqui as estrias de infiltração mas encontramos no tecido gorduroso a presença de nodulos secundarios. Esses nodulos, no tecido gorduroso atingem apenas a esse nivel, emquan-

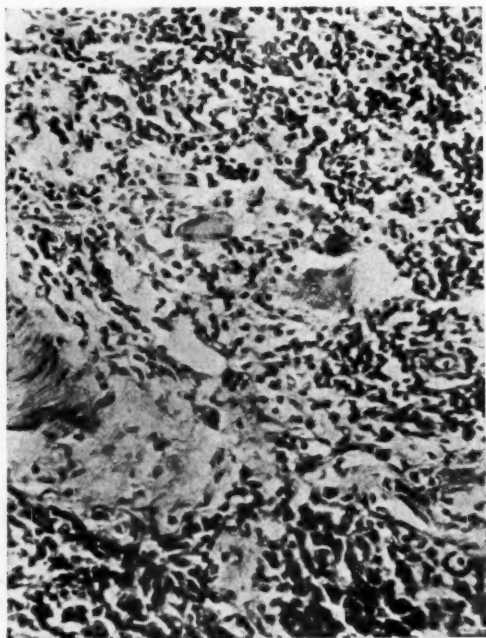


Fig. 4

to que o processo da sub-mucosa vai atingir nivel muito mais alto, o que vem provar que o processo caminha justamente pela sub-mucosa.

Si examinarmos diretamente ao microscopio esses nodulos, vemos que eles estão em geral situados ao lado dos vasos, são infiltrados paravasculares e não perivasculares.

Aqui vemos tambem a presença de ganglios linfáticos; em geral os ganglios linfáticos nos casos de retite, apresentam lesões mais precoces, mais novas do que as lesões do reto. Eu nunca tive ocasião de encontrar as lesões do ganglio mais anti-

gas do que as da sub-mucosa, de modo que eu acho que a transmissão da molestia não se dá por via linfática dos genitais para o reto, mas vai dar-se por via linfática dentro do proprio reto. Porque si se desse por via linfática, teriamos que encontrar ganglios na periferia com infecção mais avançada do que no reto, o que não se dá. Temos a impressão de que essa transmissão se dá por fora.

Na figura 4 vemos celulas gigantes com um citoplasma que pela sua claridade nos demonstra ser vacuolizado. Si tivessesmos o preparado, veriamos que se cora em roseo claro. Vemos



Fig. 5

outras celulas dessa natureza e mais para fóra infiltração plasmocitaria muito densa.

Na figura 5 vemos o tecido gorduroso periretal em um caso de retite estenosante de natureza linfogranulomatosa, na qual havia concomitancia de Schistosomose. Vemos em certos pontos Schistosomas dentro de uma veia. E' importante saber-se que pode haver existencia de concomitancia desses 2 processos. As vezes, nas retites por linfogranulomatose vamos encontrar um quadro igual ao que se encontra no ganglio, isto é uma formação de abscesso e fistulas, tendo uma parede histiocitaria e para fora os plasmocitos e mais para fora ainda a proliferação conjuntiva. Isso que é descrito em geral nos trabalhos estrangeiros, encontrei apenas em um caso. Vemos um linfático dentro do

qual cresceu um tecido granulomatoso típico. De modo que por isto se compreende facilmente porque o processo se propaga por via linfática. Aliás isso já foi descrito por outros autores.

NEOPLASIAS

Podem ser benignas ou malignas; entre as benignas temos a considerar: quisto dermoide, adenomas e outras neoplasias, mais raras e de importancia menor. Entre todos êles os mais importantes são os adenomas polipoides da mucosa porque com certa frequencia eles se transformam em carcinomas. São lesões que conforme o aspeto histologico representam ou não uma lesão pré-carcinomatosa (fig. 6).

Vamos passar em revista um esquema porque assim fica mais facil para entender e para fazer a descrição. Nesta figura, temos á esquerda, em cima, um ponto em que houve proliferação do epitelio da mucosa, quer do epitelio glandular, quer do epitelio de revestimento, de modo que em primeiro lugar as glandulas se tornam mais longas e em segundo lugar mais numerosas e começam já a se levantar. Mas ao microscopio as celulas apresentam-se iguais ás normais. Nesta figura (B) vemos a mesma cousa num estadio mais avançado, formando então já um polipo perfeitamente desenvolvido. Nesta figura (C) vemos um polipo pediculado, do pediculo longo, com uma cabeça alargada; é aquele que os alemães chamam de polipo em badalo.

Na segunda serie vamos ver que houve o crescimento desse epitelio, mas si examinarmos histologicamente a preparação vamos ver que esse epitelio já não se apresenta igual ao normal, mas vai apresentar certa diferenciação como por exemplo, o tamanho do nucleo em relação ao tamanho da celula. Aqui (D) vemos o nucleo na base, com grande quantidade de citoplasma por cima, já aqui (E) vamos ver os nucleos alongados, ocupando altura muito maior do citoplasma.

Mas essas alterações se fazem apenas nas porções superficiais, na profundidade o epitelio é novamente normal.

Em (F) vemos um estadio mais avançado e em (G), projeção mais avançada ainda.

O interessante é que nesse estadio mais avançado, nessa parte mais profunda, formam-se canais com epitelio perfeitamente normal, igual ao das glandulas de Lieberkühn ao passo que aqui o epitelio vai-se mostrar um tanto alterado.

Esse primeiro tipo, polipo 1 é uma forma benigna, isto é, forma relativamente benigna, porque já apresenta uma certa tendencia á malignidade, trazida por esse polimorfismo incipiente.

Vejamos agora a serie de variantes.

O primeiro é a forma inicial.

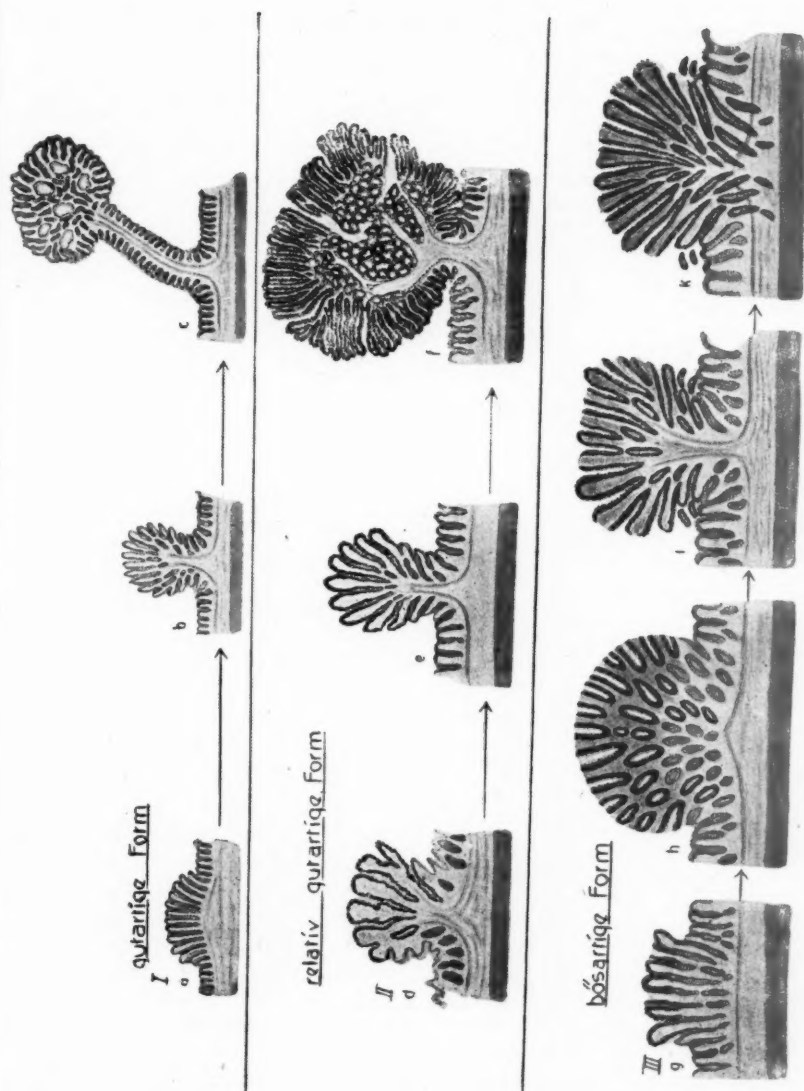


Fig. 6 — (Westhues)

Começam a proliferar as células na parte superficial com polimorfismo que na profundidade é menor. Depois o polimorfismo começa a aparecer em algumas glândulas profundas o que já é um mau sinal. Mais adiante vamos ver todas as glândulas da profundidade, atingidas pelo polimorfismo e depois vamos ver uma proliferação incipiente em profundidade. Daqui para o cancer é um pulo, porque de um lado nós temos esse polimorfismo já mais acentuado atingindo grande numero de células e a submucosa já invadida; pode-se dizer praticamente que isso já é um cancer, e não mais um polipo. Tal é o polipo do 3.º tipo, que já se pode considerar maligno, porque quando não é carcinoma se transformará quasi que fatalmente em carcinoma.

NEOPLASIAS MALIGNAS

Devemos considerar as primitivas e as secundarias. Entre as primitivas temos a considerar sarcomas, que são raros e que podem ser representados por sarcoma fuso ou redondo-celulares ou por linfosarcomas. Qualquer desses tipos é bastante raro. Depois temos a considerar os carcinomas. Entre os carcinomas temos os carcinomas plano-celulares, geralmente do anus e podem ser corneificados ou não corneificados. Esses carcinomas plano celulares macroscopicamente são reconhecíveis pela sua superficie irregular e pelo aspecto um tanto semelhante ao da superficie de couve-flôr.

Microscopicamente vamos ver os festões celulares que podem conter ou não perolas corneas, laminas corneas, assim por diante, com todo o quadro que não ha tempo para recordar aqui. Ele localiza-se em geral no anus; é derivado do epitelio malpighiano dessa região. Esses carcinomas dão metastases com mais frequencia para o lado dos ganglios inguinais, metastases essas que apresentam tipo microscopico semelhante ao do carcinoma originario.

Depois temos os carcinomas das porções mais altas.

Podemos ter os adenocarcinomas nos quais vamos ver que as células que proliferam assumem um arranjo glandular. De modo que nós vamos ver ao lado de grande polimorfismo dessas células, um arranjo glandular. Esses adenocarcinomas, ás vezes, têm um arranjo tão regular, de um polimorfismo tão pequeno, que são chamados por alguns autores de adenomas malignos, querendo demonstrar com essa denominação — adenoma — a regularidade de estrutura e com o adjetivo maligno, o crescimento grande em extensão e em profundidade, portanto, crescimento infiltrativo, algo destrutivo.

Depois, temos os adenocarcinomas propriamente ditos, com bastante regularidade; depois as células não assumem mais arranjo glandular e temos os carcinomas solidos, que podem ser simples,

medulares e esquirrosos. Nos simples, teremos um certo numero relativo entre celulas e estroma de sustentação, no medular a quantidade de estroma de sustentação seria muito pequena e nos esquirrosos a quantidade de tecido conjuntivo é muito grande. Cada um desses tipos vai ter um aspecto macroscopico diferente. O medular, por exemplo, cresce bastante para cima, forma elevações bastante grandes da mucosa e pode-se ulcerar na porção central e cresce pela sua periferia, ás vezes pela sub-mucosa, outras vezes pela propria mucosa.

O carcinoma simples, tem um crescimento infiltrativo, forma ulceras profundas, com brotos menos elevados, tem uma tendencia infiltrativa bastante grande e pela sua proliferação conjuntiva pode trazer estenose.

O carcinoma medular dá estenose pelo crescimento para dentro da luz, estenose essa que pode desaparecer pela desintegração do tumor.

Neste outro caso, temos uma estenose pela retração do tecido conjuntivo, estenose que não desaparece e estenose essa que atinge uma importancia muito maior para o lado dos esquirrosos.

Ainda temos ao lado desses os carcinomas gelatinosos que podem ser de qualquer desses tipos anteriores, nos quais as celulas sofrem degeneração mucoide. Então, vamos ter ao microscopio os tecidos dissociados e em meio a esse tecido dissociado, celulas vacuolizadas, pela presença de uma substancia mucoide.

Nos não podemos entrar mais minuciosamente nesse assunto porquanto a palestra já vai longa. Ainda queria chamar a atenção dos srs. quanto á questão da histologia patologica dos carcinomas em geral em que a malignidade de um determinado carcinoma depende de uma serie de fatores, do maior ou menor polimorfismo, maior ou menor quantidade de parenchima em relação ao estroma e uma serie de outros elementos que levaram certos autores americanos a esquematizar o quadro histologico dos canceres e fazer o chamado malignograma; tal elemento vale tantos pontos para a malignidade, outro elemento vale tantos pontos para a malignidade, etc.; somam tudo e obtêm um numero e querem com esse numero dizer da malignidade da neoplasia. Eu tenho a impressão de que esses numeros não podem ser muito reais, e que as causas de erro devem ser muito numerosas.

Aliás eu já tinha essa impressão quando tive ocasião de ler o trabalho de Borst sobre o conceito de malignidade dos tumores em que esse autor tem a mesma opinião. Esses malignogramas, dão valores muito relativos, a que alem do mais estão sujeitos, porque dependem da individualidade do observador: o que um observador coloca num grau 3, outro colocará num grau 4 e entretanto a neoplasia é a mesma.

Os cirurgões em geral, dão grande importancia aos malignogramas mas como anatomopatologista nos achamos que esse malignograma não tem o valor que lhe querem emprestar.

Daí a razão de nos não usarmos determinar o grau de malignidade de neoplasias que são enviadas para o exame no Departamento de Anatomia Patologica.

CORPOS EXTRANHOS E PARASITARIOS

De alguns corpos extranhos já falamos e de parasitas temos que lembrar apenas os oxyuros, que como já sabem, á noite, descem para a margem do anus e aí se alimentam de mucosa. Essa alimentação pode fazer com que germens penetrem em tecido lesado e aí produzam inflamação, que com o correr do tempo, com o decorrer de novos repastos dos oxyuros, pode penetrar mais profundamente e dar abcessos de maior importancia.

E assim fizemos uma revista muito ligeira e superficial do assunto que nos foi dado.

Endereço: Caixa Postal 2921.

GLYCOFORMIN

*Formina associada ao salicylato de sodio em
veiculo glycosado, hypertonico*

* MEDICAÇÃO DESINTOXICANTE POR
EXCELLENCIA. ESTADOS INFECCIOSOS.
ANGIOCHOLITES, CHOLECYSTITES.
CYSTITES. PYELITIS. SALPINGITES.
ENDOMETRITES.

Caixas de 6 ampolas de 10 e 20 cc — Uso endovenoso

PRODUCTO BELTRAND

CASTRO & SILVA

DISTRIBUIDORES

RUA BARÃO DE ITAPETININGA, 297

SÃO PAULO

Propedeutica Proctologica

Dr. Levy Sodré

Chefe da Clinica Gastroenterologica da Sta. Casa de S. Paulo.

As minhas primeiras palavras serão as do agradecimento á Directoria do Departamento Scientifico Oswaldo Cruz em lembrar-se de mim, para dizer-vos alguma coisa sobre este assumpto.

Desejo ainda dizer mais algumas palavras, e estas serão as do elogio pela idea feliz do Centro Academico Oswaldo Cruz em promover esta serie de conferencias sobre os estudos medicos das affecções do recto, completando d'esta forma, os estudantes, os seus conhecimentos e adquirindo noções preciosas referentes a Proctologia.

Entrando agora directamente nas questões do assumpto que me foi dado a vos explicar "Proctologia (sciencia que estuda as molestias das ultimas porções do aparelho digestivo).

Como vêdes pela propria definição, o campo a que está circumscriita a Proctologia é muito pequeno e assim sendo parece logico que esta especialidade medica seja extremamente facil, e neste sentido já ouvi mesmo a seguinte critica: os proctologistas querem fazer á força, de tão pequena região do corpo humano, campo para uma especialidade; mas... não é esta a realidade!

A proctologia é: uma das mais difficeis especialidades medicas da nossa actualidade e desde que vos sejam dadas as razões d'este verdadeiro paradoxo, bem comprehendereis o acerto da minha affirmacão, e eil-as explanadas em exemplos evidentes: — Em 1.º lugar como bem o sabeis o intestino grosso em relação ao tractus digestivo é a porção distal d'este longo aparelho e assim sendo todas as perturbações morbidas das suas porções altas vem fatalmente se reflectir sobre elle. E como é natural pode-se comprehender d'esde logo que este facto venha diffcultar muito o tratamento das molestias que lhe são peculiares e que tambem será necessario ao Proctologista remover aquellas perturbações das porções altas do aparelho digestivo, o que naturalmente importa em conhecer bem a clinica medica referente a aquelle aparelho; para poder cural-as. Darei alguns exemplos elucidativos do que

foi acima dito para que vos apercebeis melhor do que procuro asseverar:

1.º — Si tiverdes na vossa futura clinica proctologica um cliente portador de hemorrhoidas internas, faz-se necessario indagar desde logo qual o funcionamento do seu intestino, pois antes de iniciardes o tratamento esclerosante, deveis tratar da perturbação intestinal que elle apresentar, si fôr constipação esta deverá ser removida definitivamente, pois não ha n'estas condições esclerose nem processo cirurgico que traga a cura definitiva do vosso doente — o traumatismo e a estase fecal do constipado provocará: fatalmente a recidiva do tratamento que tiverdes feito. Portanto outra difficuldade já apparece — a cura da prisão de ventre — e para obtel-a alem de ser necessario procurar e remover a causa que por mais das vezes se acha em perturbações do funcionamento de órgãos altamente situados no aparelho digestivo (estomago, figado, vesicula biliar etc.; ou em anomalias do proprio intestino grosso (mega e dolichocolon) — ou vicios de alimentação — e então faz-se necessario e imprescindivel adaptardes o vosso cliente á: um regimen dietetico adequado, e, para tal portanto, é preciso, que o proctologista conheca a Dietetica.

2.º — Si o vosso cliente hemorrhoidario soffrer de perturbações diarrheicas faz-se tambem necessario desde logo e até mesmo antes de iniciardes o tratamento esclerosante, conhecerdes a sua causa e remover definitivamente esta perturbação, e, para tanto ella deverá: ser procurada 1.º nas porções altas do aparelho digestivo (estomago duodeno, vesicula biliar etc.) e depois no proprio colon (colites em geral). Tambem n'estes casos de perturbações diarrheicas si ellas não forem removidas de antemão tereis fatalmente o insuccesso do tratamento esclerosante das hemorrhoidas, pois é sabido que a acidez das fezes diarrheicas é altamente irritante para a mucosa do recto e do canal anal, alem de que, o numero elevado de evacuações por si só tambem é um elemento de irritação daquella região. Continuando a exemplificar vejamos o caso de um vosso futuro cliente hemorrhoidario que seja portador de uma lesão hepatica. Julgai poder cural-o definitivamente das suas hemorrhoidas sem de antemão cural-o da molestia do figado?

Si assim fizerdes por ignorancia ou por descaso tereis fatalmente a recidiva do tratamento anti-hemorrhoidario que applicardes.

O proctologista portanto meus senhores terá de conhecer bem a clinica medica do aparelho digestivo para conseguir a cura radical das molestias de que se propõe tratar. E' a falta d'essa observancia que traz os insuccessos dos seus tratamentos, pois os resultados são enganosos e traiçoeiros. — De facto si o proctologista fizer a esclerose dos nodulos hemorrhoidarios pura e simplesmente sem attender a perturbações outras como as que acima thes referi,

o seu cliente obterá assim mesmo, melhoras rapidas que trarão até, a cessação provisoria dos incomodos de que era portador, trazendo a ilusão de cura para o cliente e para o medico, mas estejais avisados, esta cura que apparentou tão bons resultados, não será nunca definitiva e portanto a recidiva virá certamente desacreditando o profissional e o que ainda é peor a propria Proctologia.

Eis ahi apenas alguns exemplos e estes se multiplicam, avisando-vos das difficuldades d'esta especialidade medica.

Vejam os agora as difficuldades de ordem technica. A fragilidade da mucosa doente da região e a delicadeza dos sphincteres anaes obriga ao especialista que terá de manusear a apparelhagem á: uma delicadeza e dextreza de mãos, extremas para não agravar a situação. A introdução intempestiva do anuscopio poderá perfeitamente romper um mamillo hemorrhoidario congesto, e provocar uma hemorrhagia; poderá: tambem no caso de uma fissura anal ainda não apercebida, provocar dor violenta chegando mesmo como eu já soube de um caso a occasionar uma syncope ao doente, no consultorio do proprio medico. Na applicação das injeções esclerosantes a technica é: extremamente delicada e não é difficil explicar a razão d'este facto, como sabeis o canal é bastante sensivel, a rede de filetes nervosos sensitivos que lhe é peculiar é muito grande, e, os liquidos esclerosantes são sempre substancias altamente irritantes e causticas (phenol chlorhydrato duplo de quinino e uréa, acido carbolico, alcool absoluto etc.), e a technica da esclerose indica os pontos a injectar e si as injeções forem mal applicadas, as consequencias serão desastrosas (dôres violentas, abcessos ou escaras profundas) piorando d'esta forma os padecimentos do doente. A rectoscopia é tambem de technica delicada, pensemos por exemplo um doente portador de uma rectite ulcerosa grave, a passagem do rectoscopio, raspando a mucosa doente poderá trazer consequencias desagradaveis (dôres agravação da rectite etc.).

Em outro exemplo como o de um estreitamento do recto em que a mucosa é: fragil, a manobra desageitada da rectoscopia poderá trazer até uma perfuração do recto e consequente peritonite e morte. —

Mais adiante quando descrever a technica da rectoscopia reservarei algumas palavras aos "Perigos da rectoscopia". Emfim como vistes a Proctologia é uma especialidade que obriga aos medicos a conhecimentos das molestias do aparelho digestivo e exige uma delicadeza de technica extrema, o que torna uma especialidade portanto difficil. — Actualmente no meu serviço só acceito collegas que se queiram especializar quando elles possam fazer estagios demorados, podendo d'esta forma adquirir a technica e os conhecimentos necessarios da especialidade, de forma a bem desempenhal-a.

As difficuldades de ordem cirurgica são tambem muito grandes como ouvistes nas conferencias dos collegas que explanaram este assumpto.

A propedeutica proctologica. — A vista dos insucessos na cura das affecções do intestino grosso foi se fazendo necessaria a alteração e o estudo melhor organizado das molestias d'aquella região do organismo e d'ahi se fez o apparecimento da Proctologia. Vejamos em poucas palavras quaes eram os conhecimentos ou melhor os elementos da Propedeutica das molestias do intestino grosso, *ha 30 annos atraz*, e façamos a sua critica. Elles eram por ordem os seguintes: 1.º Percussão dos colons — 2.º Palpação dos colons — 3.º Inspecção da região anal — 4.º Toque — 5.º RX.

Critica — Quanto ao 1.º percussão dos colons — O valor deste meio propedeutico é pequeno e com o advento dos meios modernos da Propedeutica proctologica, em que é possivel a visão directa do colon transversal, descendente, sigmoide recto e canal anal; a percussão dos colons tem valor para as suas porções que são inacessiveis a sigmoidoscopia, e que são apenas valvula ileo-cecal e colon ascendente, e portanto como acabaes de ver o 1.º meio propedeutico de antanho, passa a ter um valor insignificante.

2.º Palpação dos colons — Este elemento de propedeutica que já era de valor muito relativo tambem com o apparecimento dos conhecimentos de propedeutica moderna (sigmoidoscopia) passa a não interessar mais, ou pelo menos o seu interesse é insignificante tambem.

3.º Inspecção da região anal — Este elemento de propedeutica é: de valor limitado e só nos traz ensinamentos sobre as molestias externas da região.

4.º *Toque digital* — Este meio de propedeutica que era o mais efficiente na diagnose das affecções do canal anal e do recto e ao qual os cirurgiões erradamente ainda dão grande valor, é de pouca valia.

O toque digital não percebe as lesões superficiaes (ulceras, cryptites, papillites etc.) da mucosa da região que elle attinge, e, que é apenas o canal anal e a parte baixa da ampola rectal, não alcançando portanto as lesões da parte alta do recto e da sigmoide: a anuscopia com illuminação directa do campo poucos elementos deixa para o toque digital.

5.º R. X. — A radiographia dos colons só de dez annos para cá com advento dos estudos de Kenoch tem podido com a relevographia da mucosa trazer alguns elementos para a diagnose das molestias dos colons. — Entretanto com a visão directa proporcionada pelos meios propedeuticos modernos da Proctologia, ella passa a ter um valor secundario, pois a visão directa como é natural trará elementos que ella não nos pode dar.

Feita como foi a critica dos meios de Propedeutica das molestias do intestino grosso, de 30 annos atraz é: de se ver desde logo a sua precaridade e como corollario d'ella o apparecimento inevitavel da propedeutica proctologica com os seus modernos e efficientes elementos de diagnostico, que trazem tambem a possibilidade de tratamentos efficazes das molestias da região estudada. O estudo da Proctologia como disse acima appareceu pois por ser necessario e já em 1915 o saudoso Mestre Pereira Barreto publicou nos Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia de São Paulo um longo e completo estudo da technica do tratamento cirurgico das hemorrhoidas, intitulado: "A cura radical das hemorrhoidas por processo sem sangue, sem dôr e sem chloroformio" da leitura do qual se vê a necessidade que já se fazia entre nós naquella epoca, do estudo da Proctologia.

Eis as palavras do Mestre:

"Porque será que as molestias do anus e do recto são precisamente aquellas que os medicos em geral mais ignoram? — Porque razão a proctologia não conseguiu ainda formar uma classe de especialistas equiparaveis aos gynecologistas? Como explicar o facto que a grande massa do publico recorre de preferencia aos curandeiros e aos annuncios da 4.ª pagina dos jornaes para encontrar allivio aos seus males ano-rectaes. E' sabido que os incomodos d'esta natureza são os mais frequentes e os que mais atormentam a humanidade; são portanto, aquelles precisamente que uma mais extensa e mais bella clientela poderá dar ao medico estudioso. Por outro lado, é sabido igualmente que os nossos melhores clientes quanto a gratidão são todos aquelles que sararam de uma molestia dolorosa do anus; o doente que se curou de uma fissura jamais esquece o extraordinario serviço que lhe prestamos e não se cança de espaalhar por toda a parte que nós o tiramos verdadeiramente do inferno, que nós o recollocamos no caminho da vida venturosa, quando já resolvido estava ao suicidio. Não é possivel negar que a primeira culpa é da propria classe medica, inclusive os proprios cirurgiões. Não appetitece a labuta do diagnostico na escabrosa região! Todos fogem de fazer um exame consciencioso, todos recuam ao dever austero de introduzir bem fundo o dedo para o fim de uma completa exploração! Por outro lado, é tão facil ouvir simplesmente o doente e sobre os seus dizeres assentar o diagnostico e a receita banal de pomada de pepino! Quantas vezes ficam doentes soffrendo horrores durante dezenas de annos. quantas vezes não deixa um cancro de ser diagnosticado em tempo simplesmente por falta de um exame consciencioso? Muitos medicos deixam de cumprir o seu dever por injustificavel entendimento de decoro, outros por simples repugnancia, e os cirurgiões com alguma razão por medo de infeccionarem os dedos não obstante

os dedaes de borracha! Descrevendo a technica do seu methodo de cura diz ainda o saudoso Mestre". N'estes ultimos tempos tenho obtido excellentes anestheticsos misturando uma parte do do licôr de Waite e 2 partes de solução de chlorydrato duplo de quinino e urêa na anesthesia dos tecidos perianaes, dos sphyncteres externo e interno e do bordo inferior dos elevadores do anus. Mas, *depois da ablação de cada botão hemorrhoidario e de feita a ligadura, injecto um a dois centimetros cubicos da solução pura de chlorydrato a um por cento e considero esta applicação como o complemento o mais importante de toda a minha technica.* Quanto a ser o chlorydrato de quinino e urêa um irritante para os tecidos, é preciso distinguir entre o edema simples, physologico, e o edema inflammatorio. O chlorydrato de quinino provoca, de facto um excudato de fibrina em todo o tecido cellular peri-vascular, d'onde inchação; mas, essa fibrina longe de ser um mal é positivamente um bem em virtude da sua acção mechanica vaso constrictora, que comprime os vasos sanguineos e constitue assim uma suprema garantia contra qualquer hemorrhagia. O proprio edema fibri-noso é uma garantia contra a phlebo-thrombose e desaparece por si mesmo dentro de pouco dias.

Elementos modernos da propedeutica Proctologica. —

A melhor ordem a que se deve obedecer no exame proctologico de um cliente será: 1.º) A anamnese — 2.º) A inspecção — 3.º) A palpação — 4.º) O Toque digital — 5.º) A anuscopia — 6.º) A rectoscopia — 7.º) a sigmoidoscopia — 8.º) A Biopsia — 9.º) Os raios X — 10.º) A anatomia pathologica e 11.º) Os exames de laboratorio. —

1.º) — A anamnese não tem um valor muito grande em proctologia entretanto por vezes ella é: preciosa, e sempre deve ser bem feita, de maneira a systematisar o caso clinico procurando fazer com que o cliente não se externe em informações vagas e imprecisas. No estudo da anamnese observamos sempre em ordem os seguintes factores: 1.º Nome — 2.º sexo — 3.º dade — 4.º residencia — 5.º estado civil — 6.º Antecedentes hereditarios — 7.º Antecedentes individuaes e 8.º Historia Actual.

Cada um d'estes elementos deve ser cuidadosamente attendo pois por vezes lembrarão elles o diagnostico ou informarão condicções que importam muito na sua elucidação — 1.º) O nome, serve para a identificação e para classificar a ficha do doente. — 2.º) O sexo — O sexo deve ser considerado pois ha molestias que são mais communs nas mulheres, como sejam as rectites por exemplo, e, as que são peculiares ao sexo feminino como sejam as fistulas recto-vaginaes: 3.º) *Idade* — Este factor anamnesticos tem interesse maior, pois existem molestias peculiares a idade. Si tivermos um cliente de pequena idade (uma criança) com hemorrhagia rectal pode-se pensar d'esde logo, na presença de

um polypo. O cancer de recto é molestia mais frequente em individuos mais idade.

4.º — *Residencia* — A anotação da residencia do doente tem interesse maior para a observação posterior do caso clinico. Por vezes em Proctologia faz-se necessario um controle posterior do caso para que se tenha a consolidação da cura, principalmente em referencia ao tratamento esclerosante.

5.º) — *Estado Civil* — Elemento de anamnese de pequeno valor que entretanto em relação as mulheres pode trazer algum esclarecimento por exemplo nas prostitutas são frequentes as rectites blenorragicas e os estreitamentos do recto.

6.º) — *Antecedentes hereditarios* — Estes tambem não tem grande valor na propedeutica proctologica entretanto em alguns casos podem lembrar uma orientação por exemplo: nos casos de tuberculose ou de syphilis hereditaria, e, mesmo na etiologia das hemorrhoidas é conhecida como factor frequente, a hereditariedade.

7.º) — *Antecedentes individuaes* — Este factor da anamnese proctologica tem grande valor. Assim é que em um cliente com um passado de tuberculose somos levados a pensar ou pelo menos a não deixar de fazel-o, em uma peritonite, em uma colite especifica; quando encontrarmos fistula, em pesquisar bacillos de Koch na sua suppuração, a mesma conducta será observada em casos de estreitamento de recto. Si houver uma ulceração anal devemos tambem procurar a etiologia tuberculosa da mesma. Si o cliente teve um accidente venereo syphiliticamente evidenciado precisamos attender ás afecções proctologicas que elle pode engendrar como sejam os condylomas planos, as ulceras do anus e do recto, o estreitamento do recto. — Em casos de antecedentes individuaes de amebiasse devemos attender muito ás rectites ulcerosas. Emfim tambem devem ser perquiridas nos antecedentes individuaes, as praticas de sodomia que trazem grande porcentagem de casos de estreitamentos produzidos pela lympho-granulomatose ou molestia de Nicolas Favre, que tem grande maioria das vezes como via de ingresso da referida molesta, aquella que é devda á estas praticas de perversão sexual; ou em casos de estreitamentos traumaticos (irritação da mucosa) provocados pela referida sodonia.

Historia actual — Esta precisa ser bem attendida, o proctologista deve ouvil-a e procurar oriental-a de maneira a colher dados que relacionados com os outros elementos da anamnese proctologica acima descriptos, possam encaminhar o raciocinio do medico. — Em primeiro lugar deve-se perguntar de que forma se iniciou a doença e como tem ella evoluído e desde quando se deu o seu apparecimento. —

A historia da doença actual de per si pode lembrar varias doenças ao mesmo tempo, por exemplo rectorrhagias podem ser occasionadas por fissuras, hemorroidas internas, (mais frequente), nem as hemorroidas externas, polypo, tumor maligno, rectites hemorrhagicas.

Mas si tivermos paciencia de levarmos mais fundo o interrogatorio veremos que no caso das fissuras a hemorrhagia é: pequena, e, existe tambem a sphincteralgia que se inicia alguns minutos apoz a passagem do bolo fecal, perdurando a dôr por varias horas — no caso das hemorroidas internas a hemorrhagia é abundante e em via de regra não se acompanha de dôr ou quando esta exista não é: constante e desaparece logo apoz a evacuação, tendo o seu auge no momento da passagem da fezes, e, tambem é commum haver o prolapso dos mamlos de que o cliente sempre se apercebe. — No caso das hemorroidas externas encontramos hemorrhagias muito menores quasi mesmo insignificantes, o apparecimento das hemorroidas externas é brusco, a dôr que ellas trazem é grande principalmente na occasião do doente se assentar, fazendo a compressão do pequeno tumor e o proprio cliente bem questionado informará o apparecimento de um nodulo duro e doloroso ao palpar, localisado na margem do anus. — As hemorrhagias por polypo são caracterisadas pelo gotejar de sangue, este é eliminado aos pingos e ellas não são acompanhadas de dores e de prolapso tumoral; a não ser, quando opolypo seja colocado na parte baixa do canal anal e que prolabe no momento da evacuação. Nos casos de hemorrhagas por tumor maligno encontramos sempre outros symptomas que devemos attender, por exemplo o apparecimento da prisão de ventre, a presença de catarrho como clara de ovo mixturado as fezes, o emmagrecimento. Pelo character da hemorrhagia tão somente não poderíamos pensar em separado em hemorroidas internas ou em cancer do recto, mas os outros symptomas obtidos pela historia actual do doente podem orientar-nos para a ellucidação do caso. Em casos de hemorrhagias por rectites hemorrhagicas, encontramos hemorrhagias menores e o sangue vem misturado com fezes e púz e ha tambem em via de regra o tenesmo. — Emfim a historia da doença actual em proctologia nem sempre é clara, ha symptomas que apparecem em varias doenças, mas ella sendo bem orientada e melhor attendida traz indiscutivelmente elementos de primeira ordem esclarecendo o diagnostico ou orientando o medico para a sua illucidação. Creio que a historia actual do doente seja o melhor elemento da anamnese em propeudeutica proctologica, contanto que se tenha paciencia de esmiuçar-a bem; separando o joio do trigo.

2.º) — *Inspecção* — A inspecção se divide naturalmente em inspecção geral e inspecção local.

Pela *inspecção geral* podemos tambem colher alguns dados que possam intressar, assim é que procuramos observar o descora-

mento das mucosas, commum nos antigos hemorrhoidarios sujeitos á frequentes hemorrhagias.

A côr amarellada pallida (côr de cera) nos portadores de tumores malignos já em estado avançado (a cachexia dos tumores malignos no recto, estejam avisados, é sempre tardia; é mesmo frequente encontrar-se portadores destes tumores cuja inspecção geral nada faz suspetar).

O facies do cliente por vezes traduz a dôr intensa que elle apresenta. Dvemos portanto fazer uma boa inspecção geral que poderá nos valer.

A inspecção local — E' mas valiosa e é um elemento de propedeutica que traz o diagnostico das affecções exteriores e por vezes podem lembrar tambem o diagnostico de molestias do recto e do canal anal (existencia de aureolas de irritação, no anus e na região perianal). Para obtermos uma boa inspecção local devemos collocar o doente em boa posição e usarmos lampadas frontaes que façam boa illuminação das regiões a serem examinadas.

As posições usadas são as seguintes: genu-peitoral, posição lateral de Simis, posição gynecologica, posição de Hames (de cabeça para baixo).

A posição genu-peitoral é a mas usual e a que permte melhores condições para o exame. Nesta posição o doente se ajoelhará na ponta posterior da meza e dobrará os cotovellos procurando encostar o thorax na outra extremidade da meza, dobrando o mais possivel a columna vertebral para dentro e para baixo de modo a não fazer o aspecto de dorso de gato (*fig. n.º 1*) que é uma posição incorrecta não permittindo a visão necessaria e obrigando

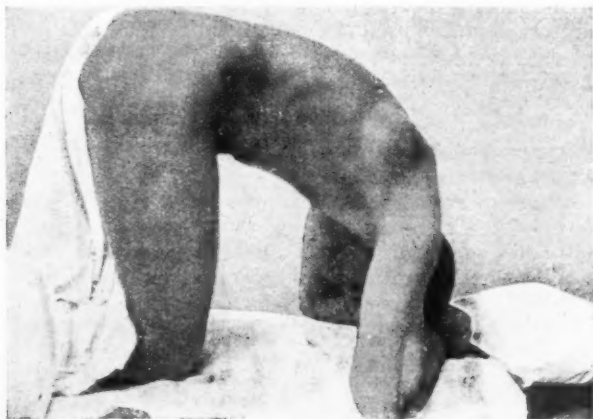


Fig. 1

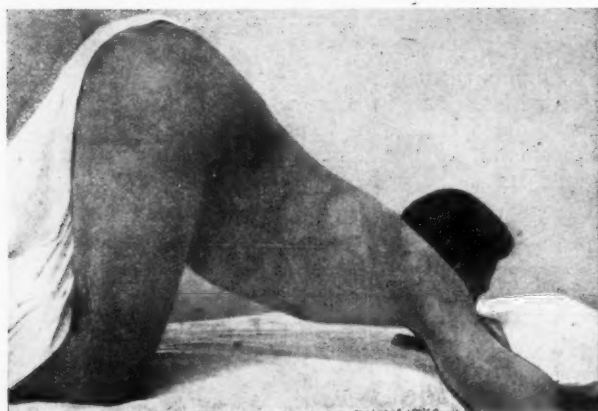


Fig. 2

mesmo á uma inclinação exagerada do instrumental. Em boas condições da posição genu-peitoral (*fig. n.º 2*) haverá a descida do intestino delgado e dos outros órgãos abdominaes para a concavidade do diaphragma e a sigmoide se retificará permitindo a descida do rectocópio, facilitando desta forma o exame.

Posição de Sims. — Esta posição é a mais comoda para o doente, nós costumamos reservá-la para os doentes muito enfraquecidos ou para os velhos.

Nesta posição (*fig. n.º 3*) o doente ficará em decubito lateral esquerdo com a perna direita fortemente flectida sobre a bacia e a perna esquerda bem esticada e, as nadegas ficarão junto ao bordo lateral da mesa, proximo ao examinador. Si levantarmos as nadegas do paciente com um travesseiro colocado bem lateralmente conseguimos também a descida das visceras para o lado diaphragma e teremos assim um bom campo visual.

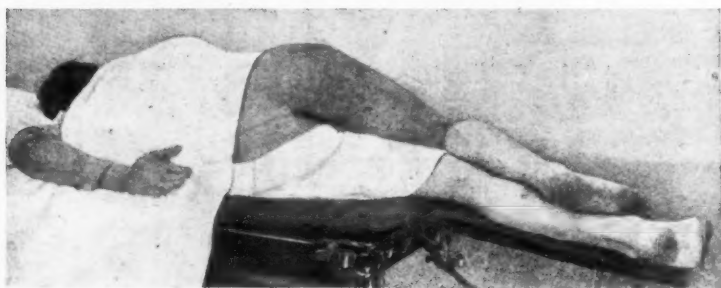


Fig. 3

Posição gynecologica. — Esta posição para os exames proctologicos devrá ser sempre empregada com a elevação da bacia (fig. n.º 4), a posição gynecologica só empregamos quando desejamos fazer um toque bi-manual. N'esta posição conforme vedes na figura, o doente ficará de costas na meza e terá as pernas levantadas e detidas pelas joelheiras da meza, justamente no cavo popliteo, de forma a não cançar o doente.

Posição de Hanes. — Esta posição idealisada por Granville S. Hanes é muito incomoda para o doente que fica como vêdes na (fig. n.º 5), de cabeça para baixo. Si bem que a possamos adoptar com qualquer meza, é sempre melhor usarmos a meza especial. Dada a situação em que o doente fica de cabeça para baixo ella é portanto contra indicada nos plethoricos, cardiacos e até mesmo nos obesos. N'esta posição como é natural de se com-

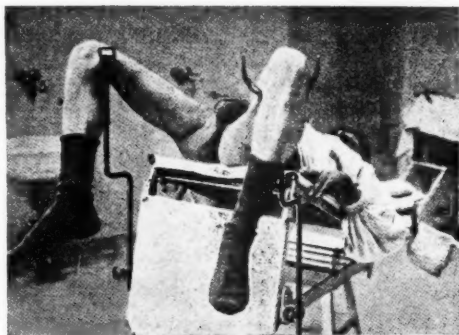


Fig. 4



Fig. 5

prehender o exame interno é extremamente facilitado e si não demoramos este exame paciente a tolerará razoavelmente.

Colocado o doente em qualquer das posições acima referidas procedemos com o auxilio de uma farta iluminação externa proporcionada por lampadas frontaes á uma bõa *inspecção local* que nos mostrará imediatamente varias affecções como sejam: lesões eczematosas chronicas, condylomas, lesões syphiliticas ou tuberculosas, hemorrhoidas, fissuras, orifícios externos de fistulas, ulceras atonicas do anus, abcessos das margens do anus, etc.

Alguns proctologistas empregam certas manobras que venham completar a inspecção local, como sejam a manobra de Bier que exteriorisa a mucosa do canal anal e o plexo hemorrhoidario por meio da applicação de uma forte ventosa collocada sobre o anus, de maneira que a mucosa do canal anal e as hemorrhoidas internas ficam no interior do copo de vidro, permittindo a melhor

visão. Eu não uso este recurso por não julgar-o interessante e ser doloroso para o paciente. Também existe a manobra de Storer que consiste em introduzir um dedo na vagina e comprimir a parede recto-vaginal empurrando para o lado de fora do anus a mucosa do canal anal e as hemorrhoidas internas. Esta manobra também é penosa e incomoda e poucos insinamentos pode trazer, o exame endoscópico a substituirá integralmente.

Palpação externa. — Este elemento de propedeutica proctologica tem valor grande principalmente em relação á pathologia das afecções da região perineal e do anus propriamente dita, é assim que ella aprecia a consistencia dos tecidos daquella região o que passa a ser de importancia, considerando-se a existencia dum abcesso profundo que nestas condições pela palpação constataremos a modificação da consistencia dos tecidos decorrente da reacção inflammatoria. Em casos de hemorrhoidas externas ou thrombaticas a palpação assume um papel importante, pois, si o thrombo fôr fixo e muito duro, não deslizando sobre os planos mais profundos ou si elle estiver molle e movel, a orientação therapeutica será por ella determinada. Em casos de fistulas a palpação dos tecidos que a margeiam é interessante, pois por ella poderemos comprimir o tracto fistuloso fazendo com que o pús seja eliminado e facilitando assim a introdução de estiletos ou de seringas com substancias medicamentosas que farão a lavagem do referido tracto fistuloso. A palpação deverá ser suave evitando-se provocar a dor e si esta apparecer mesmo que em pequena escala, deveremos não insistir mais. Emfim pela palpação percebe-se a forma, ou volume, e as relações com os tecidos visinhos e também a consistencia das lesões existentes.

Palpação interna ou toque digital. — Este processo de propedeutica tem grande interesse pratico, mais entretanto não é elemento absoluto, elle traz de facto ensinamentos preciosos, mas não o julgo como manobra propedeutica de maior relevo. O toque deverá ser procedido suavemente, estando já de antemão o doente collocado na posição preferida que é a genu-peitoral. O uso de dedeiras é preferivel pois as luvas diminuem a sensibilidade do dedo. A lubrificação melhor é a do oleo de olivas esterealisado, deverá ser feito com o dedo indicador da mão direita preliminarmente uma massagem leve da região anal que provocará o relaxamento dos sphyncteres, e, uma vez obtido este afrouxamento o dedo deverá caminhar delicadamente procurando sentir as paredes lateraes do canal e da parte baixa da ampola rectal. Pelo toque digital poderemos perceber a rigidez dos sphyncteres anaes ou então o seu relaxamento, o endurecimento das paredes do canal anal a diminuição da sua luz, a irregularidade da superficie de um tumor. A prostata será explorada convenientemente assim como o bulbo da urethra, as vesiculas seminaes, a porção inferior da fa-

ce posterior da bexiga e o fundo de sacco peritoneal recto-vesical. Na mulher o toque perceberá a porção posterior do vestibulo vaginal e a parede posterior da vagina; mais acima perceberá o collo do utero e a face posterior do utero sentida atravez do fundo de sacco de Douglas e, os annexos, lateralmente.

Posteriormente reconhece-se a concavidade resistente formada pelo sacro e pelo cocyx e lateralmente uma parte do esqueleto da bacia, pequena porção do pubis e do ischion, o ligamento sa-

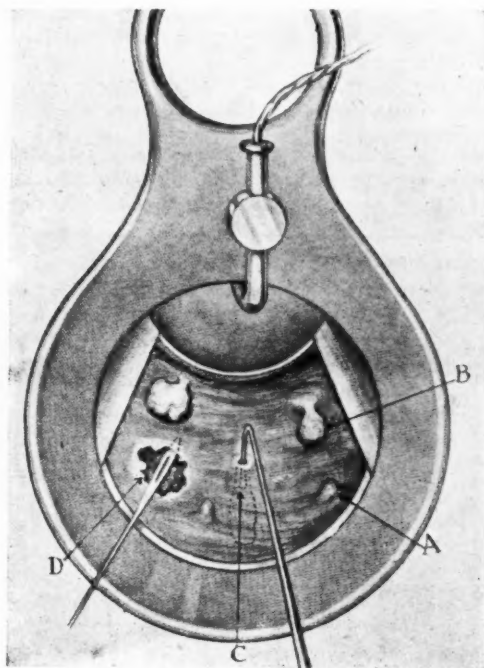


Fig. 6

cro- espinhoso, a face posterior da cavidade cotiloidea e a linha ileo-pectinea. O toque bimanual approxima o que está no interior do recto facilitando a sua percepção, principalmente si elle for auxiliado com a pressão que a outra mão (esquerda do medico) exerça na fossa iliaca esquerda, comprimindo os órgãos ahi situados, para baixo e para a frente.

Poderemos tambem no toque digital simples usar o artifício de com o dedo polegar da mesma mão que o está realizando, comprimirmos o perineo, de modo a accentuar a reintrancia natural da

região e permittir maior aprofundamento do dedo indicador. Como vistes o toque é uma manobra propedeutica que nos interessa, mas elle entretanto não se apercebe dos tumores depressiveis, por exemplo as hemorrhoidas internas, e as lesões superficiaes da mucosa como sejam ulcerações papilites orificios fistulosos internos, cryptites. A (fig. n.º 6) que representa um campo visto pela anuscopia mostra uma série de pequenas lesões do canal imperceptiveis pelo toque digital. — Poderemos ainda usar o toque duplo ou toque rectal em combinação com o toque vaginal (dedo indicador no recto e o polegar da mesma mão na vagina) esta manobra traz vantagens, pois forçando a parede recto-vaginal aproxima-a da ponta do dedo indicador.

Uma vez terminado o toque deveremos observar a secreções de que vem recoberto o dedo que o procedeu.

Anuscopia. — O exame do canal anal e da parte baixa do recto procedido com o anuscopio traz a visão directa de tudo o que existir, assim é que por meio della podemos completar o que



Fig. 7

o toque digital não percebeu. O campo visual fartamente illuminado e amplo como é permite o diagnostico directo das molestias da região que a anuscopia attinge, e, não só isto como tambem permite as manobras de terapeutica local, assim é que atravez do anuscopio se pode fazer as injeções esclerosantes das hemorrhoidas internas, pincelagens, cauterisações, electro-coagulação (aqui precisamos um anuscopio de vidro com cabo isolado), biopsia, etc. Nós descrevemos aqui apenas os 3 typos de anuscopios do Dr. Raul Bensaude. O modelo grande é um tubo cylindrico de 6 centimetros de comprimento sendo que a extremidade a introduzir é cortada obliquamente ao eixo do aparelho e na outra ponta é fixado o cabo sendo que o corpo do anuscopio pode girar em torno da extremidade onde está fixado o cabo (fig. n.º 7).

O outro typo de anuscopio é baseado no mesmo principio e é identico a este, tendo apenas em vez de 20 milimetros, somente 10. Este anuscopio fino é empregado para o exame de crianças e para curativos em casos de affecções dolorosas do anus. Existem outros typos de anuscopios; ultimamente Bensaude adaptou aos seus anuscopios a illuminação interna, que se torna muito pratico, pois dispensa a lampada frontal. O terceiro modeo de anuscopio de Bensaude só difere dos outros dois typos em ser mais largo (25 milimetros de diametro) sendo muito usado para manobras cirurgicas, por dar um campo visual mais amplo. A technica da anuscopia é muito simples. O aparelho será de antemão lubrificado com oleo de olivas, a extremidade representada pela por-

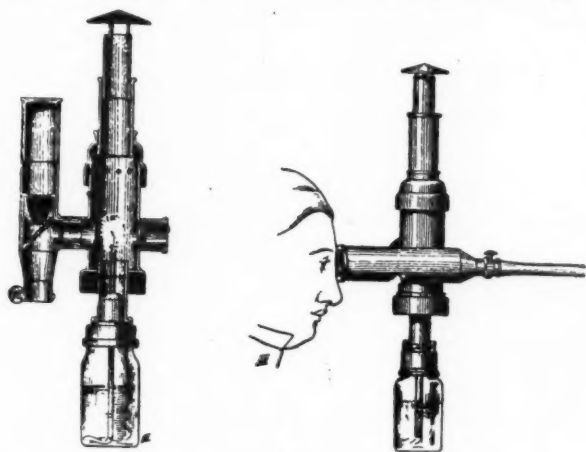


Fig. 8

ção olivar do aparelho é encostada no anus e após uma pequena massagem que afrouxará os sphyncter externo faz-se uma pequena pressão progressiva e o aparelho será assim introduzido facilmente, após o que, será retirado o mandril e se avistará directamente todaa região, si desejarmos virar o aparelho deverá de novo collocado o mandril afim de evitar-se a irritação da mucosa.

Rectoscopia. — A rectoscopia é o elemento de propedeutica proctologica o mais perfeito e completo. Em 1853 Desormaux usou para o exame do recto um tubo (fig. n.º 8) metalico recto com 14 centimetros de comprimento, munido de um dispositivo para illuminação cuja luz reflectida por um espelho se dirigia para o interior do tubo que era collocado no interior do recto. Em 1895 Kelly de Baltimore provou que o tubo rectilineo pode servir para examinar ao mesmo tempo o recto e a alça signmoide independentemente das suas curvaturas, não sendo necessario os aparelhos

articulados e flexíveis. O systema de insuflação foi idealizado por Penington, Laws e Tuttle, e o emprego da illuminação electrica interna por Laws e Tuttle, nos Estados Unidos. Em 1907 Bensaude em collaboração com M. Lion publicou o seu 1.º trabalho sobre rectoscopia.

Varios são os modelos de rectoscopios e descreveremos aqui tambem somente os modelos de Bensaude, elles se compõem de um tubo semelhante ao do anuscopio, com um diametro de 20 milímetros. No meu serviço da Santa Casa prefiro o modelo de 25 centímetros que permite tambem fazermos um pouco de sigmoideoscopia. Na face externa do aparelho existe uma graduação em centímetros que serve para indicar a profundidade em que se en-

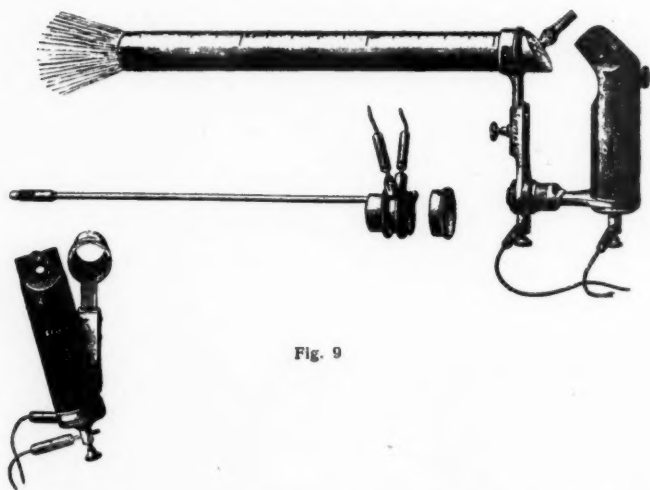


Fig. 9

contra a extremidade do aparelho dentro do recto, determinando desta forma a altura em centímetros e a partir do anus em que se encontra uma determinada lesão. (Fig. n. 9). Ha tambem um rectoscopia de menor calibre, isto é de 10 milímetros de diametro que serve para examinar crianças ou doentes portadores de lesões dolorosas ou de estreitamentos graves do recto. A ponta do aparelho é constituída de um mandril que é acompanhado de uma pequena chanfradura lateral que serve para facilitar a retirada do mandril após a penetração do aparelho, impedindo aspiração da mucosa rectal, no seu interior. O campo pode ser illuminado por 2 typos de lampadas, a interna que é pequena e tem 2 a 4 volts e é collocada na ponta de uma haste metalica que vae dentro do tubo e que tem a vantagem de ficar proxima a lesão illuminando-a bastante; e a lampada externa que deverá ser sempre



Fig. 10

introduzido com o seu mandril e atravessa a região sphyncteriana e percorre os 5 primeiros centímetros, sendo introduzido suavemente, dahi em diante elle é o conduzido sem o mandril (2.º tempo) e sob o controle da vista, já tendo sido collocada a luz. Na posição genu-peitoral que é a preferida o recto e a sigmoide abaixados permitem uma progeressão facil do instrumento.

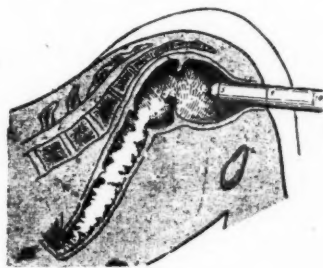


Fig. 11

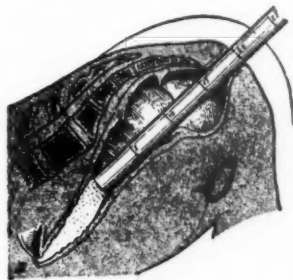


Fig. 12

Após ter o rectoscopia atravessado a região sphyncteriana elle será conduzido horizontalmente e depois levantado para cima e para traz de maneira e se aprofundar na ampola rectal, chegando a 11 centímetros o aparelho será de novo collocado horizontalmente (figuras n.os 10, 11 e 12) para procurar a entrada da sigmoide e atravessal-a, conforme vedes nas figuras acima. Em casos de necessidade poderemos fazer a insuflação de ar com adaptação de uma pera de ar no ponto existente para isto da extremidade proximal do rectoscopia, assim como será necessario fechar esta extremidade com uma pequena janella de vidro (sic) que elle pos-

sue. A insuflação deverá ser vagarosa e logo que o doente se queixar deveremos interrompê-la. A rectoscopia apresenta numerosas indicações e actualmente entre nós, os clínicos já estão bem convictos das suas vantagens e mandam constantemente os seus doentes, aos proctologistas.

Existem contra-indicações da rectoscopia, se bem que em pequeno numero, por exemplo nas affecções em periodo agudo, do recto e da sigmoide, nas queimaduras externas da região anal, nas lesões agudas do peritoneo. Nunca deverá ser feita uma rectoscopia usando-se para isso a anesthesia geral.

Perigos da rectoscopia. — Diz Bensaude (pag. 33) do seu tratado de Endoscopia: Tem-se visto varias vezes no curso de rectoscopia accidentes graves, como os casos de perfuração publicados por Shreider (polypose intestinal operada anteriormente por via rectal). Por Sultan (catarrho chronico do grosso intestino) por Anshutz (doente apresentando symptomas de estenose recta por Gant, Retzlaff e etc. Schmidt citado por Delbet e Brechot teriam visto apparecer uma franja epiploica depois de ter abaixado sem empregar força o punho do rectoscopia. Sobre milhares de exames que eu pratiquei desde ha 17 annos, não tive felizmente a deplorar nenhum accidente”.

Sigmoidoscopia. — Este meio propedeutico attinge as porções mais profundas do intestino grosso, mas não é tão fácil de proceder como a rectoscopia.

A sigmoidoscopia appareceu na Alemanha, em 1903 Schreiber, Ewald, Rosenheim, Schiling, Kelen, Helber, Strauss, Fleischer, von Aldor, Albu descreveram a sigmoidoscopia, mas foi só depois de Strauss ter construido a sua apparelhagem que a sigmoidoscopia se espalhou francamente.

Technica. — Empregamos para este exame a mesma technica que para a rectoscopia, isto é até a entrada da alça sigmoide, dahi em diante ha uma mudança de direcção. A entrada do S. illiaco não é mediana sendo o mais das vezes a esquerda e raramente a direita; podendo ella ter ou não valvula. Deve-se imprimir no sigmoidoscopia movimentos no sentido horizontal e vertical até que se consiga franquear a entrada, o que nem sempre é fácil e obrigamos por vezes a recorrer á insuflação. Uma vez chegado o apparelho ao ramo descendente do S. illiaco inclina-se a extremidade intra-rectal do tubo para diante e para baixo e continua-se a progressão do apparelho sobre o controle da vista até ao ponto maximo attingido; obtido este desideractum retira-se devagar o apparelho e vae se observando de novo todas as porções que elle atravessou. O sigmoidoscopia chega ao bordo anterior do figado, abaixo das falsas costellas direitas, (*fig. n.º 13*), isto foi verificado pela palpação e pela radiographia. A sigmoidoscopia só é

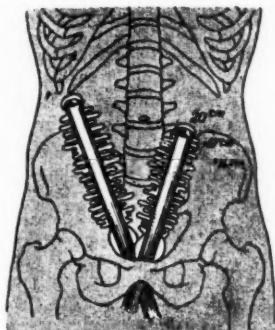


Fig. 13

possível quando auxiliada pela insuflação de ar que facilita o despregamento das dobras da mucosa tornando-o mais rectilínea possível a região que ella atravessa, com ella portanto temos a visão diceta da sigmoide, colon descendente e colon transverso até o seu anglo-hepatico, com um campo visual de 20 milímetros e bastante iluminado, tornado assim possível curativos topicos (cauterisações, pulverisações, e biopsia de um tumor assestado em qualquer destas porções do intestino grosso).

Biopsia. — Em proctologia a biopsia representa uma das mais adiantadas praticas de propedeutica e ella é possível graças aos exames endoscopios. Procede-se a biopsia collocando atravez do rectoscopia uma pinça de Brünings (*fig. n.º 14*), que graças ao seu pequeno tamanho á sua flexibilidade e ao poder cortante das suas conchas, que pelo seu tamanho reduzido arrancam apenas um pequeno fragmento, que em regra satisfaz as exigencias do anatomo-pathologista. Não se deve de uma só vez retirar mais de 1 fragmento (o que vem contido no interior das pequenas conchas), assim procedendo não temos razão para temer hemorrha-

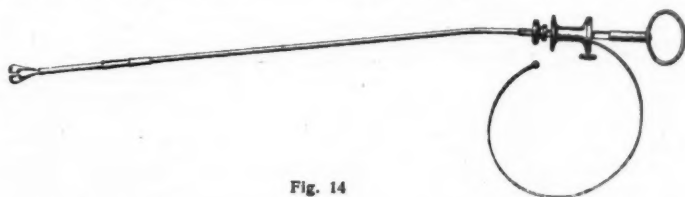


Fig. 14

gias, si se fizer necessario far-se-á nova biopsia, o que é sempre menos perigoso do que uma grande hemorrhagia provocada por arrancamento de pedaços varios do tumor. Eu não costumo empregar hemostaticos, usando esta technica. Entretanto se o resultado de uma primeira biopsia não for de accordo com o achado endoscopico, naturalmente que ella deverá ser de novo praticada, pois é possível que na porção retirada, que é diminuta não encontre o analysta celulas degeneradas. Eu tive no meu serviço da Santa Casa um doente com um tumor do recto em que só a 8.ª biopsia trouxe o diagnostico de adeno-carcinoma. Considerando de grande valia biopsia proponho collocar-a entre os meios de propedeutica proctologica, em separado, e não fazer o que é frequente, descrever-a junto com a anatomia pathologica.

Raios X. — A radioscopia e a radiographia do recto são elementos de propedeutica proctologica que trazem ao medico um concurso grande e valioso.

Ha oportunidade em que a radiographia se impõem, trazendo o complemento do diagnostico proctologico, eis um exemplo: a rectoscopia encontra um tumor maligno de forma estenosante no recto; de forma que o rectoscopia não pode atravessar a parte estenosante, nestas condições como avaliar a extensão do tumor do ponto extenosado em diante? Só mesmo a radiographia poderá trazer então aquelles esclarecimentos. Ainda darei mais um exemplo de optima oportunidade para os exames pelos RX: é o caso dos trajectos fistulosos cujas imagens obtidas pela injeção da substancia de contraste feita atravez do orificio externo da fistula, poderá dar uma chapa que esclarecerá a direcção do referido trajecto. Tambem em casos de estreitamentos muito accentuados que não permitem a passagem do rectoscopia fino, a radiographia feita com o uso de clyster com substancia opaca trará a imagem do estreitamento, orientando-nos nas indicações therapeuticas a aconselhar. Nestes casos costumo pedir aos radiologistas o uso de menores e mais diluidas possiveis quantidades de substancias de contraste, e isto com o fim de evitar a obstrução do estreitamento, quando já da eliminação daquella substancia que em concreções endurecidas pela absorpção da agua, pode occasional-a. Eu já tive um cliente nestas condições e a situação obstrutiva do estreitamento foi difficilmente removida.

Anatomia pathologica. — Julgo indispensavel o concurso do exame histo-pathologico o qual deverá ser systematicamente procedido quando sejam encontrados tumores do intestino grosso, assim é que costumamos proceder mesmo com os tumores benignos, inclusive os polypos solitarios. A peça enviada será conservada até a sua entrega ao analysta, em uma solução de formol a 10 %. Em referencia ao estudo histo-pathologico na classificação da malignidade do tumor pelo numero de celulas malignas encontradas, quero transmittir-vos a importancia que os autores americanos estão dando ultimamente a estes estudos. Em 598 casos de carcinoma do recto Rankin e Brothers observaram que o grau de malignidade fornecido pelo estudo histo-pathologico celular, tem grande valor no prognostico principalmente em relação ás metastases. Estes autores dividiram em quatro grãos pela classificação histologica o prognostico dos doentes operados. No 1.º e 2.º grãos os resultados a distancia do tratamento cirurgico, são bons, nos casos que estão classificados nos 3.º e 4.ºs grãos iremos encontrar posteriormente altas proporções de metastases. Dukes applicando o methodo de Rankin e Brothers em 208 casos de cancer viu confirmarem-se os estudos daquelles autores.

Exames de laboratorio. — As pesquisas de laboratorio trazem-nos em varias oportunidades por meio das provas complementares que pode effectuar, elementos esclarecedores de grande valor na elucidação do diagnostico e tambem no preparo de elementos therapeuticos de que frequentemente nos valemos. Os exames de fezes para pesquisa de amebas deverá ser feito preferentemente com o material retirado por intermedio da rectoscopia, deve-se raspar a ulceração suspeita e fazer-se logo a lamina para o analysta examinal-a immediatamente. Com esta orientação temos diagnosticado rectites amebianas, cujos clientes são portadores de exames de fezes com resultado negativo, por vezes repetidos. A prova de Mechailoff consiste em fazer uma cultura das fezes retirada pelo rectoscopia e isolar os germens encontrados. Depois de isolar os diversos germens prepara-se vacina e faz-se então a intra-dermo reacção, para verificar para qual germen o doente está sensibilizado, feito isso, prepara-se a vacina curativa, afim de desensibilizar o doente para esse determinado germen.

Temos alguns casos no nosso serviço, com resultados favoráveis.

Muito importante é tambem a reacção de Frei no diagnostico da lympho-granulomatose (molestia de Nicolas Favre que é a principal causa na etiologia dos estreitamentos do recto). A frequencia desta molestia é elevada e a reacção de Frei é muito sensível, trazendo-nos um grande auxilio no seu diagnostico.

Endereço: Av. Brig. Luiz Antonio, 1599.

NEO-HEPAN - figado injectavel

CHLORO-ANEMIA
APPROVAÇÃO da ACADEMIA de MEDICINA
de PARIS

Exigir os Verdadeiros

Pilulas e Xarope
BLANCARD

Blancard

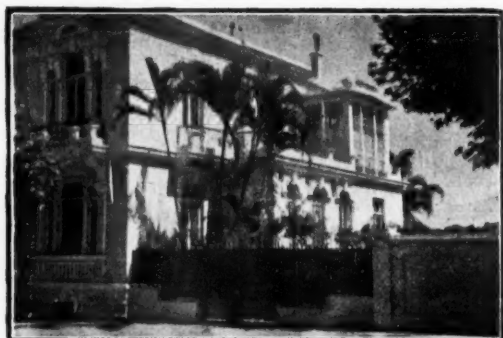
de PARIS

Assignatura e Etiqueta verde.

POBREZA DO SANGUE - ESCROFULAS

SANATORIO SÃO LUCAS

CIRURGIA. GYNECOLOGIA. OBSTETRICIA



Director Científico :

DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Director Superintendente :

DR. RUBEM SOUTO

Director Medico :

DR. JOSE' RIBEIRO DE CARVALHO

★

RUA PIRAPITINGUY, 114

Telephone, 7-4020

SÃO PAULO



Tratamento cirurgico do cancer do réto (1)

Dr. Eduardo Etzel

Chefe de Clínica (2)

Livre-Doente de Clínica Cirurgica.

O cancer do réto é afecção grave, cujo perfeito conhecimento é de grande importancia porque a sua sintomatologia no inicio é frusta; uma vez evidenciado pelos sintomas comuns, é geralmente tarde para um tratamento radical. Somente a suspeita sempre presente no espirito do medico por ocasião do exame de um paciente poderá levar a um diagnostico precoce. Daí ser sempre oportunidade de se tratar deste palpitante problema.

O cancer do réto, embora seja afecção encontrada, não parece ser muito frequente em nosso meio. Nos Estados Unidos representa 4 % do cancer de todo o organismo e 80 % dos cancers do intestino (Gant, Ball, Halstead).

Os tumores do réto crescendo podem ocasionar, por compressão, estase na veia hemorroidaria superior, o que, a um exame superficial, pôde simular a hemorroide, levando ao tratamento dessa afecção e protelando assim o diagnostico do cancer para quando não mais seja possivel um tratamento radical. Jones verificou que 75 % de seus casos de cancer do réto já haviam sido previamente tratados como hemorroides. Em 300 casos da Mayo Clinic, 10 % dos pacientes já haviam sido operados de hemorroides por erro de diagnostico (Rankin).

Dos 25.000 casos tratados como fistula peri-anal e examinados por Edwards no Hospital São Marcos de Londres, 775 (3,1 %) eram de individuos portadores de cancer.

Estes erros, em meios cirurgicos adiantados, são ocasionados por não ocorrer ao medico a ideia de pesquisar o cancer, pois

(1) Conferencia realizada em 29-5-1938 no Departamento Cientifico do Centro "Oswaldo Cruz" na serie de comunicações sobre Afecções do Réto.

(2) 1.^a Cadeira de Clínica Cirurgica de Faculdade de Medicina — Prof A. Correia Neto.

o tumor se manifesta por sintomas característicos somente em período muito adiantado de evolução. Para o cancer do réto, como para todos os canceres, o ponto principal é o diagnóstico precoce, o qual só poderá ser feito pela constante prevenção no espirito do medico.

Etiologia: — Embora nada se conheça sobre a etiologia do cancer do réto, ha alguns fatos bem estabelecidos, cujo conhecimento deve ser difundido. Raramente o cancer se assesta em afecções ano-retais como hemorroidas, fistulas, fissura anal e estreitamentos. Poucos casos têm sido descritos dessa associação e mesmo esses devem ser levados na conta de coincidência. O mesmo não se dá com a polipose. A elevada frequencia de polipos que se transformam em cancer (40 %) fez com que atualmente se tratem a polipose reto-colica, ou mesmo os polipos isolados, como afecção pre-carcinomatosa, exigindo um tratamento radical.

Westhues, em recente estudo sobre o cancer do réto, dá grande importancia etiologica á polipose do colon e réto, como fator pré-carcinatoso e suas porcentagens de incidencia de cancer vão até 60 %. A figura 1 mostra a estreita relação entre localização de cancer e polipose.

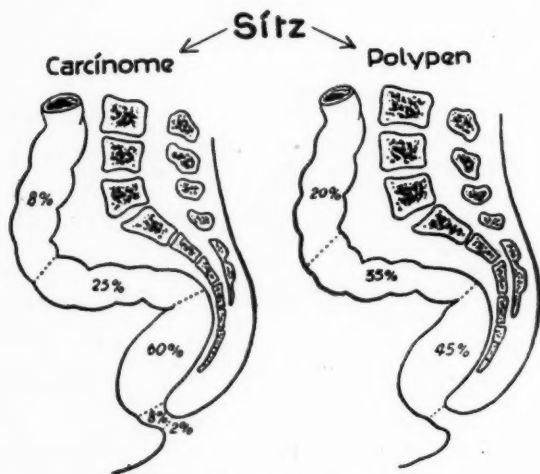


Fig. 1 — (Westhues)

Porcentagem relativa de localização de cancer e polipos nos diferentes sectores do réto. Póde-se verificar a estreita correlação entre as duas afecções.

Localização: — O cancer do réto póde localizar-se em alturas diversas do réto, desde a junção réto-sigmoide até o anus. Mayo, em 100 casos, encontrou 63 % no réto-sigmoide, 30 % na

ampola e 7 % no canal anal. Rankin em 100 casos determinou cuidadosamente a localização dos tumores e encontrou 69 % para a porção réto-sigmoide, 29 % no réto e 2 % no canal anal. Estes dados de Rankin se superpõe praticamente aos de Mayo. Westhues encontra uma localização diferente com predominância do cancer na ampola retal.

Anatomia patologica: — A anatomia patologica do cancer do réto é assunto importante pela relação existente entre o tipo morfológico do tumor e a sua evolução clinica. De uma maneira geral pôde-se dividir o cancer do réto em 3 tipos fundamentais: o esquirro, o adeno-carcinoma e o carcinoma plano-celular (epitelial). O esquirro é tumor duro, anular, com grande predomínio de tecido conjuntivo; manifesta-se tardiamente, por sintomas de estenose intestinal e se localiza, habitualmente, na junção réto-sigmoide.

O adeno-carcinoma se localiza, geralmente, na ampola; é o tumor cuja superficie irregular lembra a couve-flôr. Com grande predominancia de celulas e crescimento rapido, ulcera-se com facilidade, manifestando-se mais cedo do que o esquirro por meleanas mais ou menos intensas.

O carcinoma plano-celular (epitelial) se assesta com mais frequencia no canal anal e margem do anus e, devido a essa localização é de diagnostico mais precoce, embora seja o menos frequente de todos.

A histo-arquitetura do cancer do réto foi perfeitamente estudada por Broders que classificou os carcinomas segundo o seu aspecto histologico. Este A. acha que o quadro histologico do tumor pôde servir para determinar exatamente o grau de malignidade do cancer, o que é de grande interesse na cirurgia.

A classificação do cancer do réto por Broders, diz respeito ao gráu de diferenciação das celulas tumorais; o tumor será tanto mais maligno, quanto menos evoluído, isto é, quanto mais proximo estiver da estrutura celular embrionaria.

Para a sua classificação Broders dividiu os tumores do réto em 4 graus, estabelecendo que do gráu 1.º seriam os tumores nos quais a diferenciação ou arranjo celular, semelhante á estrutura normal do réto, coubesse numa porcentagem de 100 a 75 %, ao passo que o elemento embrionario indiferenciado, constituido por celulas atipicas, sem arranjo glandular, com divisão dirêta ou mitoses em numero aumentado, estivesse na porcentagem de 0 a 25 %. O gráu 2.º compreenderia tumores com 75 a 50 % de elementos diferenciados, e 25 a 50 % de celulas indiferenciadas. Do gráu 3.º seriam os tumores com 50 a 25 % de celulas diferenciadas, e 50 a 75 % de elementos embrionarios e do gráu 4.º os tumores com 0 a 25 % de celulas diferenciadas e 100 a 75 % de celulas embrionarias.

Para chegar a esta classificação Broders examinou 2.000 carcinomas.

Embora esta classificação de Broders não seja aceita por todos os autores, foi adotada e confirmada pela maioria dos AA. americanos. Mosto na Argentina aceitou-a e classificou nesse molde o seu material anatomo-patológico. Rankin, após ter classificado histologicamente 598 casos, fez o estudo da evolução clínica desses casos e poudé demonstrar a exatidão do prognóstico segundo o tipo histológico do tumor: os casos com maior porcentagem de recidiva estão classificados nos graus 3.º e 4.º ao passo que a porcentagem de cura foi mais alta no grau 1.º.

A classificação do cancer do réto segundo Broders deve ser adotada para efeito do tratamento cirurgico, pois, em casos de maior malignidade, devem ser preferidas as técnicas mais radicais, pelas quais, embora com operação de maior gravidade, se consiga retirar todas as possiveis vias e localizações de metástases.

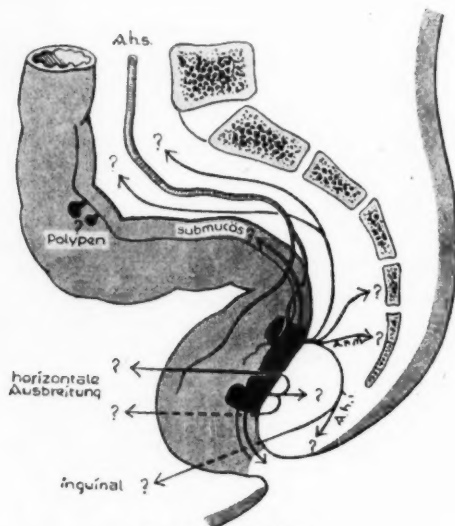


Fig. 2 — (Westhues)

Esquema demonstrando as vias de difusão do cancer do réto.

Evolução do cancer do réto. — As idéias sobre a evolução do cancer do réto são de importancia fundamental para o tratamento cirurgico. Sómente o conhecimento exato da patologia nos dará base suficiente para podermos afirmar a radicalidade de uma intervenção. Até 1934 havia conhecimento inexato da difusão do cancer; o cancer do réto era considerado de pequena gravidade, pela porcentagem relativamente baixa (40 %) de metas-

tases, comparativamente ao cancer do estomago com 100 % de metastases ganglionares.

Westhues, em 1934, escreveu um trabalho que veio esclarecer a patologia do cancer do réto. Este A. alemão estudou 74 peças operatorias e demonstrou que a metastase ganglionar existe numa porcentagem muito mais elevada — 70 % — destruindo assim a lenda da benignidade relativa desse tumor. Esclareceu ainda Westhues a maneira de propagação do cancer, e o conhecimento desse fato fornece as bases para o tratamento cirurgico racional e radical.

A figura 2 mostra as diferentes vias de difusão. A via submucosa pela qual o cancer pôde evoluir até um maximo de 3 cms., além da borda do tumor e sob epitelio normal. Toda resecção que retire o cancer e mais 3 cms. de réto atingirá certamente tecido normal; evidentemente sem considerar as outras vias de difusão do tumor.

A via linfatica com as metastases ganglionares é a mais importante: é ainda fáto estabelecido por Westhues que a metastase ganglinar no territrio da veia hemorroidaria superior nunca alcança altura superior a 12 cms. acima do bordo superior do tumor, e excepcionalmente se localiza abaixo do bordo inferior do tumor. Em 74 casos este A. encontrou localização abaixo do tumor em 1 caso apenas (fig. 3).

Excepcionalmente ha metastases no territorio das arterias hemorroidarias medias e inferiores. As metastases ganglionares inguinais no territorio da a. hemorroidaria inferior são comuns no carcinoma do canal anal e margem do anus e excepcionais no cancer do réto.

E' indiscutivel que, embora a via preferida pelas metastases linfaticas seja a hemorroidaria superior, não ha uma regra fixa,

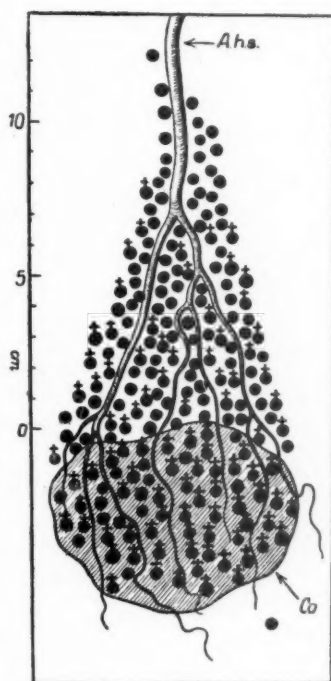


Fig. 3

Esquema demonstrando a localização das metastases ganglionares e das metastases conjuntivas (assinaladas com cruz). Note-se que as primeiras seguem os ramos da a. hemorroidaria e se elevam no maximo a 12 cms. do tumor. As metastases conjuntivas estão proximas e atraz do tumor. Das 210 metastases encontradas em 59 % dos 74 casos estudados, apenas uma estava abaixo do tumor.

pois a metastase seguirá o sentido da corrente linfática, a qual, por sua vez, se processará no sentido da menor resistência. Havendo bloqueio no território da v. hemorroidaria superior, a corrente seguirá no sentido da veia hemorroidaria média ou inferior. Só nos indivíduos normais se poderá falar em sentido normal da corrente linfática. Num canceroso a corrente linfática será pela via livre, por onde fôr possível o escoamento da linfa, o que explica a aparente irregularidade de certas localizações metastáticas.

O cancer também evolue no sentido horizontal, em profundidade, invadindo diferentes camadas do réto e o tecido periretal até a aponevrose pelvica. Esta difusão se faz por dois mecanismos: pela propagação direta por continuidade, e por verdadeira metastase conjuntiva, sem continuidade, naquilo que Westhues denomina "lokale metastasierung". Esta metastase conjuntiva aparece em evolução adiantada do tumor e é constituída por embolos de células carcinomatosas que, transitando pelos linfáticos engorgitados e bloqueados pelas metastases ganglionares, se fixam antes de alcançar os ganglios, em pleno tecido peri-retal; é uma modalidade tardia de evolução.

O cancer do réto, na sua difusão, nunca ultrapassa a fascia pelvica na face anterior do sacro. Quando fixo ao sacro, o cancer não invadiu o sacro mas acha-se fixado por reação inflamatória. Uma resecção com descolamento da fascia pelvica da face anterior do sacro é plenamente satisfatória pois Westhues demonstrou que o cancer não ultrapassa essa aponevrose. O mesmo se poderia dizer em relação á aponevrose prostato-peritoneal, e quanto á invasão da vagina e utero; entretanto, neste caso, embora raramente, pôde haver invasão da prostata, bexiga vagina e utero. Mas devemos sempre nos lembrar da possibilidade de fixação inflamatória, e verificar bem, antes de nos lançarmos nos azares de uma intervenção de grande envergadura, que muitas vezes pôde não ser suportada pelo doente.

Outra modalidade de difusão do cancer é a metastase visceral. A verificação das metastases hepáticas é, para certos cirurgiões, uma formal contra-indicação da resecção do cancer do réto. Mas, não é sómente no figado que podem ser encontradas metastases, pois além da veia hemorroidaria superior, a difusão sanguínea pôde se dar também em outras veias tributárias da cava inferior. Embora haja casos raros de metastases a grande distancia como no pé, caso em que o tumor secundario manifestou-se por seus sintomas, antes que se suspeitasse o tumor primario do réto, em geral, as metastases viscerais aparecem na evolução tardia do cancer.

Embora seja geralmente aceito o juizo de serem as metastases viscerais uma evolução adiantada do cancer e sucederem-

se às metastases ganglionares, tal fáto não parece resistir á critica dos modernos estudos sobre o assunto.

Brown e Warren, estudando (1938) em peças e necropsias o abundante material de 100 casos verificaram que, em 55 % dos casos, não havia metastases ganglionares, ao passo que em 31 % desses casos havia metastases viscerais. Outro fato interessante foi demonstrado por estes AA: em todos os casos, em cortes seriados, pesquisaram a penetração de celulas cancerosas na luz vascular; em 70 casos havia celulas cancerosas dentro da veia hemorroidaria, mas encontraram metastases cancerosas apenas em 49 desses casos (70 %). Os outros 21 casos (30 %) não tinham metastases viscerais, embora houvesse penetração de celulas na corrente circulatoria. Este fato é importante e mostra a resistencia que opõe o organismo á difusão do cancer: fala-se hoje na necessidade de um estado particular de receptividade do organismo, para que haja a fixação e crescimento da metastase; no caso contrario haverá lise e morte das celulas tumorais. E' por este mecanismo que se explica a frequencia de generalização do tumor sómente na ultima fase do seu desenvolvimento.

Os órgãos mais atingidos pelas metastases são, em ordem de frequencia: fígado (57 %), pulmão 38 %), glandulas suprenais (19 %), medula ossea (13 %), tiroide (4 %), rins (4 %), intestinos (4 %), baço (4 %), etc... (Brown-Warren).

Expuzemos como se póde processar a evolução do cancer do réto. Os dados que referimos são fundamentais para o tratamento radical dessa afecção. Antes, porém, de cuidarmos da terapêutica, devemos expôr os sintomas do cancer do réto.

Sintomatologia: — Os sintomas do cancer do réto são em geral frustos e nenhum deles característico. As manifestações que denunciam o cancer são semelhantes ás denunciadoras de muitas outras afecções ano-retaes. Uma consequencia desta pobreza da sintomatologia da doença é o tempo de evolução antes que o paciente procure o cirurgião.

Uma estatística de 1.234 casos coligidos pelo Ministerio da Saude da Inglaterra mostra que o tempo que precedeu a intervenção cirurgica foi, em media, de 13 meses. Este conhecimento demonstra que sintomas vagos e pouco esclarecedores não devem nunca ser desprezados, mas antes esmiuçados no sentido de se procurar encontrar um neoplasma nos primordios de sua evolução.

Entre os sintomas, os mais importantes são: a melena, a irregularidade nas evacuações e a dor.

A evacuação de sangue é dos sintomas que aparece em primeiro lugar, embora não seja precoce. Em 1.937 casos estudados por Buie, havia melenas em 84 %. A hemorragia aparece nos tumores medulares onde ha necrose e ulceração. Nos esquirros só muito tardiamente haverá hemorragia.

A irregularidade nas evacuações é outro sintoma frequente e diz respeito ao estreitamento da luz intestinal; aparece como primeiro sintoma do cancer esquizoso que estenosa o intestino antes de se ulcerar. A constipação apareceu numa porcentagem de 50 % dos 539 casos estudados por Rankin. A diarréa também existe; é mais rara (20 % para Rankin) podendo alternar com períodos de constipação. Em outros casos ha uma distensão abdominal por gases difficilmente expelidos. Pacientes ha que só evacuam com purgantes. Muitas vezes negam a prisão de ventre; achando que estas evacuações, assim provocadas pelos enemas, são normais; so accusam constipação quando da ineficacia dos purgantes.

A dôr é sintoma irregular pois está condicionada á localização do tumor. O réto tem a sua sensibilidade embotada para a dôr a não ser que haja distensão ou que se contraia violentamente. O crescimento do cancer não causará dôr, senão quando ultrapassar os limites do órgão para atingir nervos visinhos do sistema espinhal no peritoneo parietal ou nos órgãos da pequena bacia. A infecção secundaria e a peri-viscerite, que acompanham a marcha do carcinoma, é que são os maiores responsaveis pelos fenomenos dolorosos. E' relativamente comum, além da dôr no perineo e região sagrada ou lombar, a sensação de vontade ineficaz de evacuar, em que o paciente tem a impressão que evacuaria, sem que entretanto o consiga.

Alem destes trez sintomas devemos tambem lembrar os caracteristicos gerais dos tumores malignos do tubo digestivo, como o emagrecimento, a fraqueza, a anemia. Como se vê, nenhum desses sintomas tem valor por si mesmo; necessario se torna um juizo critico severo e cuidadoso para o esclarecimento diagnostico.

TRATAMENTO

Operabilidade: — E' muito variavel o conceito atual dos limites de operabilidade do cancer do réto. Entre os especialistas, variam muito as cifras de porcentagem de casos operaveis, que corre paralelamente ao criterio adotado por cada cirurgião. Miles opera 29,3 % dos seus casos; Bergmann, 80 %; Witzel, 25 %; Boas, 19 % e Czerny, 71 %. Estatisticas globais com grande numero de casos accusam tambem grandes oscilações; na Inglaterra operaram-se 38 % em 1.312 casos; nos Estados Unidos 61 % em 1.118 casos, e na Alemanha 48 % em 2.000 casos.

Se para alguns cirurgiões só são operaveis os casos passíveis de cura radical e definitiva, para outros, a cura local da afecção já constitue indicação suficiente, não importando que o paciente venha a morrer mais tarde de uma metastase a distancia. Para os primeiros, a presença de uma metastase visceral constitue uma contra-indicação que não existe para os ultimos.

E' necessario que se pese devidamente a situação. Sendo certo que a cura radical e definitiva seria a indicação ideal para a intervenção não deixa de ser uma triste verdade que os pacientes abandonados á sua sorte, sem a resecção do cancer do réto, virão a sofrer horrores, sejam quais forem os procedimentos terapeuticos paliativos usados. Goetze e Carranza acham que mais vale aumentar um pouco a mortalidade operatoria e alargar as indicações da resecção ampla do carcioma para os casos com metastases a distancia não resecaveis, do que deixar que o cancer evolua livremente. Somente quem não viu o sofrimento de um canceroso do réto, com o cancer evoluindo até o final, poderá duvidar do acerto desse criterio.

O mau estado geral, pode coexistir com tumores de crescimento limitado e sem metastases, o contrario se dando com bom estado geral; este conhecimento mostra que não devemos contra-indicar a operação, guiados exclusivamente pelo estado geral do paciente.

O estudo clinico completo do caso, com o exame cuidadoso de todos os aparelhos e emunctorios, levará finalmente ás indicações precisas do tratamento cirurgico.

Duas portanto são as indicações do tratamento: o tratamento radical e o tratamento paliativo.

TRATAMENTO RADICAL

Tratamento pré-operatorio: — O preparo do canceroso destinado a sofrer a amputação do réto, diz respeito a cuidados peculiares a toda intervenção de grande responsabilidade e aos cuidados especiais na zona da intervenção. Devemos ainda considerar as medidas especializadas em relação a cada paciente, como perturbações cardiacas, renais ou outras que, fugindo dirétamente da afecção retal, devem ser particularmente cuidadas, se não quizermos vêr inutilizados todos os nossos esforços.

Primeiramente uma observação clinica completa a qual deverá estabelecer com exatidão o estado dos diferentes aparelhos e emunctorios do organismo. Seguir-se-ão os exames de laboratorio rotineiros, como o de Wasserman, exame de urina, contagem global, indice hemoglobínico, tempo de sangria, tempo de coagulação.

A determinação da reserva alcalina não é feita, uma vez que no tratamento pré-operatorio incluímos a administração de bicarbonato de sodio em dose suficiente para elevar a reserva a um nível ótimo, que evitará a acidose posoperatoria. Agindo dessa maneira, nos baseamos no estudo que fizemos em 1934, no qual discutimos e esclarecemos este assunto.

Uma vez verificado ou restabelecido o normal funcionamento dos diferentes sectores do organismo, o doente será submetido ao

tratamento pré-operatório que comportará dois itens fundamentais: a) administração de bicarbonato de sodio na dose de 30,0 diárias e nos 3 dias que precedem a intervenção; b) administração de liquido assucarado com suco de fruta, "per os", na quantidade minima de 2 litros por dia.

Alem dessas medidas adotadas em todos os casos, devem-se tomar providencias especiais, conforme os casos particulares que se podem apresentar, como nos hipertensos, cardiacos, obesos, diabeticos, renais, etc., sendo evidente que cada um desses doentes deverá ser tratado com o fim de se diminuirem, na medida do possivel, os riscos operatorios acarretados por estas complicações.

Com referencia ao cancer do réto, temos ainda dois pontos aos quais se dá grande importancia, e que devem ser aqui examinados.

1.º) Conteúdo intestinal: — Por ocasião da intervenção cirurgica, tanto quanto possivel, é preciso que o intestino esteja vazio. Para isso, devem-se adotar medidas referentes á alimentação e á exoneração do intestino. Os alimentos devem conter um total minimo de 3.000 calorias, e não ter residuos. Pode-se alimentar o paciente com hidrocarbonados em abundancia, carne, ovos, manteiga, creme, leite, aveia passada, pão, etc.

Com a finalidade de provocar a exoneração das fezes, faz-se lavagem ampla e diaria com sôro fisiologico o qual, alem de esvasiar o intestino, remove o exsudato purulento de cima do tumor ulcerado, diminuindo assim a infecção secundaria e melhorando o estado local da afecção.

2.º) Tratamento preventivo da peritonite posoperatoria: — A peritonite posoperatoria contribue com enorme porcentagem no obituario do tratamento radical do cancer do réto. Este fato advem de infecções do peritoneo pelos germens alojados no tecido periretal inflamado pela infecção secundaria que sempre acompanha o cancer, como tambem pela contaminação do peritoneo por fezes. Rankin e Bagen em 118 casos operados tiveram 22,7 % de mortes por peritonite. Os estudos para diminuir este tão grande numero de peritonites posoperatorias se orientaram no sentido da vacinação do peritoneo. A principio se propoz fazer vacinação do peritoneo com vacina comum de germens mortos em suspensão no sôro fisiologico. Verificou-se que este processo, embora de efeito incontestavel, conferia ao peritoneo uma imunidade passiva, demorada, como a propria vacinação subcutanea. Esta imunidade, porem, não satisfazia, pois não era especifica alem de ser de teor variavel, e demorada.

Os estudos de Steinberg em 1932 trouxeram nova orientação ao assunto, pois este A. propoz um metodos rapido de conseguir uma proteção contra a peritonite, não mais por uma imunidade passiva, mas por uma imunidade ativa, a custa de uma leucocitose

de defesa, a qual, por fagocitose, tem o poder de proteger o peritoneo contra qualquer invasão de germen no ato operatorio.

A vacina peritoneal préoperatoria de Steinberg consiste numa suspensão de *b. coli* mortos pelos calor (200.000.000 por c.c.) em sôro fisiologico adicionado de 1 % de goma de alcatira (dragante). Os germens em meio coloidal não são absorvidos pelo peritoneo e provocam o afluxo de leucocitos que atinge um maximo, 48 horas após a injeção de 10 c.c. dessa suspensão.



Fig. 4

Côrte de apêndice epiploico 48 horas após a vacina. Hematoxilina-Eosina. Pequeno aumento. Vêm-se neste campo: exsudato fibrino-purulento; superfície peritoneal; e tecido sub-peritoneal com acentuada congestão dos capilares.

Provoca-se assim uma verdadeira peritonite aseptica e a operação se faz em peritoneo congesto, em plena atividade fagocitaria de defesa, em ótimas condições para evitar a peritonite pos-operatoria.

Potter e Coller, operando 79 casos, nos quais usaram a vacina de Steinberg, tiveram 13,9% de mortes, mas nenhum caso de peritonite. Esta estatística é bastante elucidativa, se nos lembrarmos dos 22,7% de peritonite dos casos de Rankin e Bargen.

Em 4 dos nossos casos fizemos a vacinação préoperatória, injetando 10 c.c. da suspensão de Steinberg. Instalou-se constantemente uma peritonite aseptica: dor acentuada, 1 hora após a injeção peritoneal, defesa nas 4 primeiras horas e grande sensibilidade do abdomen á palpação. Pulso lento e febre até 38°. No dia seguinte restava apenas a sensibilidade do abdomen á palpação. A intervenção realizada 48 horas após mostrou a presença de um abundante exsudato sero-hemorragico, superficie peritoneal opaca e congestão evidente.

O exame microscopico do peritoneo mostra (figs. 4 e 5) a congestão dos vasos sub-peritoneais, com grande quantidade de

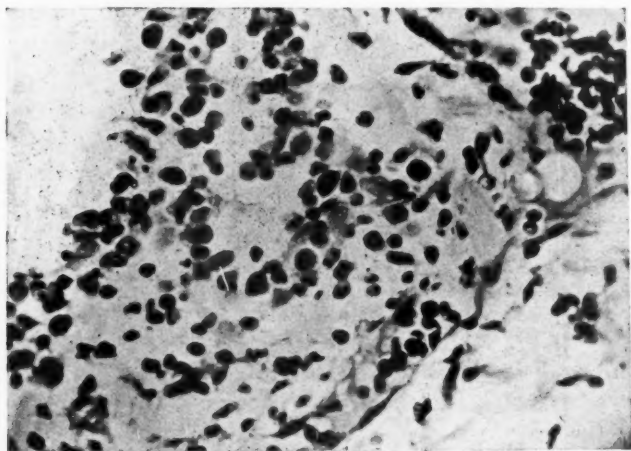


Fig. 5

Córtex do grande epiplon. 48 horas após a vacina. Hematxilina-Eosina. Imersão. Este campo mostra: exsudato celular com neutrofilos e celulas endotelioides; membrana peritoneal vendo-se a diapedese dos leucocitos; e tecido sub-peritoneal com leucocitos, celulas endotelioides e capilares congestos.

leucocitos neutrofilos e celulas endotelioides abaixo do endotelio peritoneal. Nota-se tambem uma diapedese dos leucocitos atravez do endotelio que está coberto por um exsudato fibrino-purulento em toda sua extensão. Nas dobras peritoneais do grande epiplon ha grande accumulo de exsudato.

Posteriormente o exsudato sero-fibrinoso torna-se fibrinoso. Forma-se então a fibrina fibrinosa (Hertzler) que posteriormente se liquefaz e então é reabsorvida (fig. 6). A superficie endotelial fica restabelecida, não se formando bridas peritoneais, nem adherencias entre as alças intestinais.

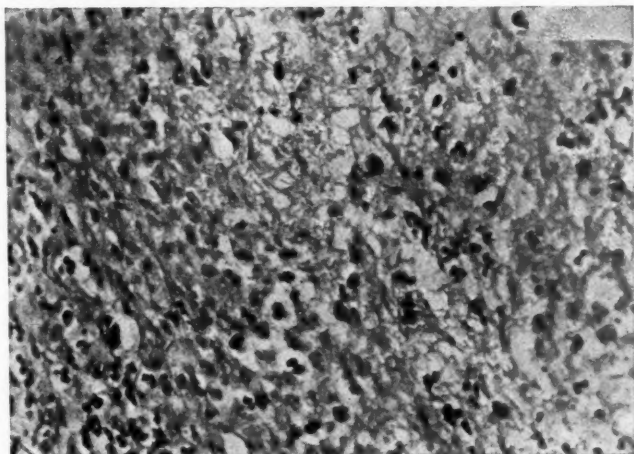


Fig. 6

Córtex do exsudato fibrinoso de consistência gelatinosa 15 dias após a vacina peritoneal. Hematoxilina-Eosina. Imersão. Nota-se que os leucócitos estão degenerados e a rede de fibrina sem nitidez e irregular. Este exsudato está em fase de liquefação para posterior reabsorção.

Julgamos que a prevenção da peritonite, pela vacinação preventiva do peritônio obtida dessa maneira, constitui uma das bases para a melhoria dos resultados imediatos no tratamento radical do câncer do reto.

Princípios do tratamento cirúrgico radical: — Pouco temos que dizer sobre os princípios que regem o tratamento radical da afecção.

Recordando-se o que ficou dito sobre a evolução do câncer, ver-se-á que será boa toda técnica que resecar o reto, com todo o tecido peri-retal que o envolve inclusive a gordura que enche o espaço pelvi-retal e os músculos elevadores do ânus que lhe são vizinhos (fig. 7).

Os limites que devem ser alcançados neste esvaziamento da fossa isquio-retal devem incluir a aponevrose pélvica, pois sabemos que excepcionalmente o câncer atravessa esta formação anatômica (fig. 8). A parte do reto a ser ressecada deverá ser ampla, abrangendo um mínimo de 12 cms. acima do bordo superior do tumor.

A artéria hemorroidária superior deverá estar compreendida no tecido peri-retal retirado e também deverá ser ressecada numa

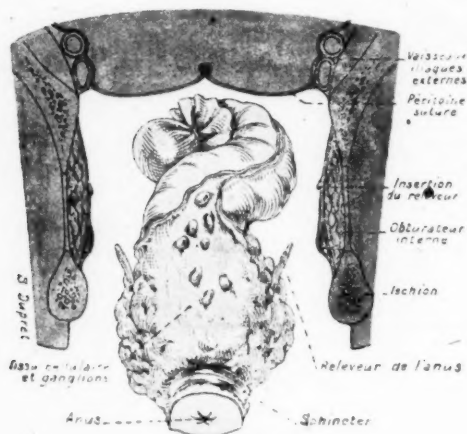


Fig. 7 — (Pauchet)

Esquema de peça cirúrgica mostrando como deve ser esvaziada a fossa isquio-retal.

extensão mínima de 12 cms. acima do bordo superior do tumor (fig. 9). Com esta resecção garantimos a retirada de todo o aparelho linfático passível de ser tomado pelas metastases.

Para a bôa execução destes princípios não se pôde conservar o aparelho esfinteriano, que deverá estar incluído na peça operatoria.

Obedecendo fielmente a estas regras, teremos uma grande probabilidade de obter a cura radical do cancer, no que diz respeito as recidivas locais.

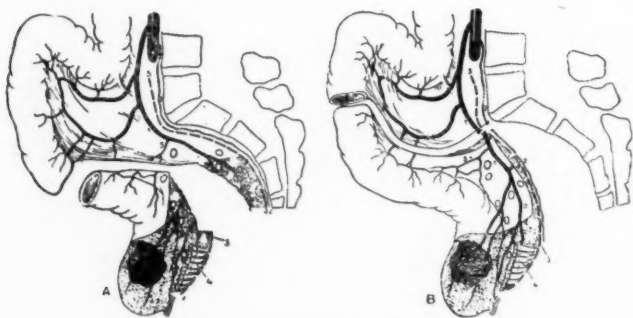


Fig. 8 — (Westhues)

Esquema demonstrativo da importância de ressecar o reto incluindo a fascia pelvica. Em A, operação sacral de Kraske evidentemente incompleta. Em B, operação perineal de Goetze, dentro dos princípios modernos do tratamento cirúrgico do cancer do reto.

Técnica operatorias — Numerosas têm sido as técnicas preconizadas para a operação, as quais variam grandemente com os diferentes AA. De um modo geral, devemos dizer que a ressecção em dois tempos oferece maiores probabilidades de êxito, devido á menor gravidade do ato cirurgico assim subdividido.

Utilisa-se da via perineal ou da via combinada abdomino-perineal, ambas boas e com seus defensores entusiastas.

Fazemos sempre a operação abdomino-perineal com a ressecção em dois tempos.

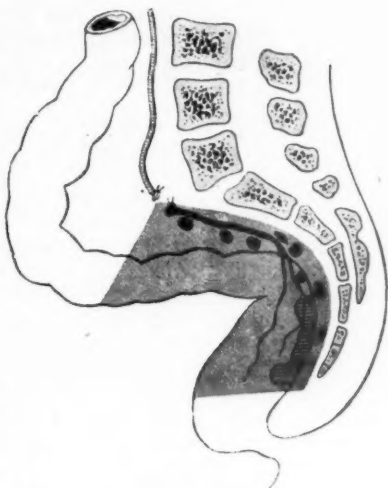


Fig. 9 — (Westhues)
Esquema demonstrando qual a ressecção ideal para o cancer do reto.

1.º tempo: — Laparotomia pubo-umbelical. Verificação da viabilidade do tratamento radical. Secção do colon sigmoide na sua parte proximal ao c. iliaco; fechamento do segmento distal, e implantação da extremidade proximal na parede abdominal, formando um anus iliaco definitivo na fossa iliaca esquerda.

2.º tempo: — Ressecção abdomino-perineal do reto. Este tempo é feito 8 a 10 dias após o 1.º e precedido de 48 horas pela vacina peritoneal préoperatoria de Steinberg.

Tempo abdominal: — Incisão pubo-umbelical. Libertação do colon sigmoide e toda extensão possível do reto. Ligadura da arteria hemorroidaria superior acima da bifurcação. Secção das azas ou ligamentos laterais do reto. O segmento a ser ressecado é então colocado na pequena bacia, procedendo-se á peritonização acima do reto.

Tempo perineal: — Após previa ligadura do anus, procede-se a extirpação do reto com amplo esvaziamento da fossa isquiorretal por fóra da fascia pelvica. O fechamento completo da ferida é muitas vezes impossível, fazendo-se então um amplo tamponamento para posterior cicatrização por segunda intenção.

A técnica que seguimos, relatada em linhas gerais, é a de Miles, porém, em dois tempos. Rankin faz tambem a operação abdomino-perineal, mas o tempo perineal precede o abdominal.

São todas variantes técnicas, divergindo os autores na preferência por uma outra, não importante qualquer delas em grande vantagem para o paciente.

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

Uma única observação clínica ilustrará nossa exposição. E' aqui relatada para exemplificar uma anamnese típica e a nossa maneira de proceder nos casos de cancer do reto. Este caso foi estudado e documentado nos seus multiplos aspectos. Veremos assim a anamnese, o exame fisico local, o tratamento pré-operatório, o tratamento cirurgico, o estudo anatomo-patologico, e a sua evolução clinica. Trata-se de um caso muito ilustrativo, achando-se o doente curado depois de passados 3 anos da extirpação do réto.

*
* *

Queixa e duração: — Dôr na parte vizinha do anus. Evacuação de sangue, pús e muco: ha 1 ano.

Historia da molestia atual: — Ha 1 ano notou pela primeira vez sangue quando fazia a "toilette" depois de evacuar. Até essa epoca nunca teve quaesquer perturbações digestivas pelo que ficou alarmado e observando melhor verificou que tambem as fezes tinham estrias de sangue vermelho rutilante que não estava misturado com a materia fecal. As fezes eram de aspecto e consistencia normais. Durante 3 mezes este quadro permaneceu mais ou menos inalterado. Depois, começou a sentir dôr sob a forma de uma sensação indefinivel, de localização imprecisa, acima do anus. Esta sensação assumiu logo depois o caracter de queimação e desde que apareceu, permanece até hoje. Assim permaneceu por espaço de 3 mezes quando piorou pois a dôr era mais forte antes e após o ato de defecação para melhorar muito logo após e durante 1 hora; no fim desse tempo a dôr reaparecia. Esta sensação dolorosa e queimação eram mais fortes quando ficava sentado.

Juntamente com o aparecimento da dôr, sobreveio tenesmo evacuando muitas vezes, apenas sangue com muito muco e pús. Passou mesmo epocas em que durante 3 a 4 dias não evacuava fezes mas apenas sangue com muco e pús. As fezes tornaram-se deformadas, evacuando de forma cilíndrica e fina e com estrias de sangue.

Nestes ultimos 4 mezes não tem appetite algum e quando come tem sensação de plenitude gastrica com arroto frequentes. Desde o inicio de sua molestia vem emagrecendo e calcula que perdeu 10 quilos de peso. Não tem vontade de trabalhar, preferindo estar sempre no leito.

Interrogatorio sobre os diferente aparelhos nada esclarece de particular.

Exame fisico geral e especial nada apresenta de particular.

Exame protologico: — Ao toque percebe-se a 5 cms. acima do anus um tumor duro, de superficie irregular, circunscrevendo o réto em toda sua circumferencia. A retoscopia mostra que o tumor apresenta a sua superficie irregular de cor vermelho-vinhosa e sangrando facilmente.

Biopsia: — A biopsia revelou tratar-se de um adeno-carcinoma.

Reação de Wassermann: — negativa.

Exame de urina, tempo de sangria e coagulação nos limites normais.

Contagem global: — 4.230.000 globulos vermelhos — 9.200 globulos bracos. Dosagem de hemoglobina: 80 % (Dare).

Tratamento: — Foi resolvido fazer a amputação abdomino-perineal do réto.

11-10-1935 — 1.º tempo — Assistentes: Drs. Jesus Zerbini e Arrigo Raia.

Anestesia: — Raqui-percaina com 1,7 c.c. entre L 2 e L 3.

Incisão pubo-umbelical. Após verificar a possivel existencia de metastases ganglionares altas e metastases visceras que não foram encontradas, procura-se a invasão da bexiga pelo tumor. Determina-se então a viabilidade do tratamento radical.

Na parte media da linha umbelico-iliaca faz-se uma incisão semelhante á de Mac Burney e após secção longitudinal da aponevrose do g. obliquo e afastamento das fibras do pequeno obliquo, abre-se o peritoneo que é fixado, permanecendo uma gaze na incisão operatoria. Voltando para a linha mediana, expõe-se o colon sigmoide e após rigorosa proteção por campos, faz-se com a pinça de Petz a resecção do c. sigmoide proximo ao c. iliaco. Embolsamento do coto distal e passagem do coto proximal pela incisão iliaca. A porção proximal é cuidadosamente suturada ao peritoneo, tendo-se o cuidado de deixar um segmento grande de cerca de 5 cms. para fóra da incisão.

Fechamento da incisão mediana em dois planos.

Posoperatorio: — O periodo posoperatorio decorreu sem incidentes, o anus foi aberto 72 horas após e funciona perfeitamente.

Em 22-10-1935 faz-se a vacina peritoneal pre-operatoria de Steinberg. Na parte media da linha umbelico-iliaca direita injeta-se 10 c.c. da vacina de Steinberg.

Injeção as 11 horas. Duas horas após o doente acusa muita dor em todo o abdomen, parecendo que "as tripas se torcem" (sic). Defesa generalisada. Pulso 68, temperatura 36°. Morfina. As 15 horas (4 horas depois) o doente está melhor da dor mas ainda com a defesa abdominal. Pulso 88, temperatura 36,7. As 17 horas (6 horas após a injeção) dor apenas á palpação. Defesa abdominal. Pulso 92, temperatura 37,5.

No dia seguinte pela manhã, permanece apenas dor á palpação mas desapareceu a defesa. Pulso 60, temperatura 36,8.

Operação em 24-10-1938 — 2.º tempo — Assistentes Drs. Jesus Zerbini e Arrigo Raia.

Anestesia raquidiana com 1,9 c.c. de percaina entre L 1 e L 2.

Tempo abdominal: — Incisão pubo-umbelical. Aberto o peritoneo verifica-se a existencia de liquido sero-fibroso de coloração vermelho-vinhosa escura o qual coleta-se entre alças delgadas. O peritoneo, tanto o parietal como o visceral está muito congesto, com desenho vascular visivel, coloração escura e sem transparencia. Em certos pontos ha estrias e noutros uma leve camada de fibrina. As alças delgadas estão aderidas entre si porem estas aderencias são facilmente removidas. Ao nivel da linha mediana, o grande epiploon adere ao peritoneo parietal.

Depois de localizar o coto distal do colon sigmoide, procede-se ao descolamento do sigmoide e réto, partindo da fascia avascular de Lane, do lado esquerdo. Completa-se o descolamento á direita, reparando com cuidado os ureteres. Liga-se em seguida a a. hemorroidaria superior e sigmoidiana media e inferior. Libertado o sigmoide procede-se ao desco-

lamento do réto em toda extensão possível com ligadura dos ligamentos laterais que contem as arterias hemorroidarias medias. Completado o descolamento o sigmoide foi colocado na pequena bacia fechando-se o peritoneo por cima. Fechamento da incisão mediana em dois planos.

Tempo perineal: — Decubito ventral com região sagrada proeminente.

Sutura circular do anus com seda grossa. Incisão mediana de 20 cms. partindo da extremidade inferior do sacro (4.º buraco) circunscrevendo o anus e terminado em dois ramos, 2 cms. abaixo onde passa uma outra linha de incisão transversal com 8 cms.

Desarticação do sacro e descolamento posterior do réto por fóra da fascia pelvica. Secção dos musculos elevadores do anus proximo ao isquio. Descolamento anterior do réto. Completado o descolamento a peça é extirpada seguindo-se a sutura dos labios da incisão ficando, na parte media, um amplo tamponamento com gaze para ulterior cicatrização por segunda intenção.

Periodo posoperatorio: — O periodo que se seguiu á operação decorreu sem incidentes a não ser a supuração da ferida do perineo. Retirada dos agrafes no 4.º dia e crina no 10.º dia.

Evolução: — O doente ficou com uma fistula perineal tendo sido posteriormente reoperado. Atualmente está passando perfeitamente com bom funcionamento do anus artificial e aparentemente curado. (12-11-1938).

Estudo radiologico: — (Fig. 10). O estudo radiologico da peça, após injeção de contraste na arteria hemorroidaria superior, mostra que a resecção foi completa abrangendo todo o sistema arterial e de conformidade com o principio do tratamento radical enunciado linhas acima.

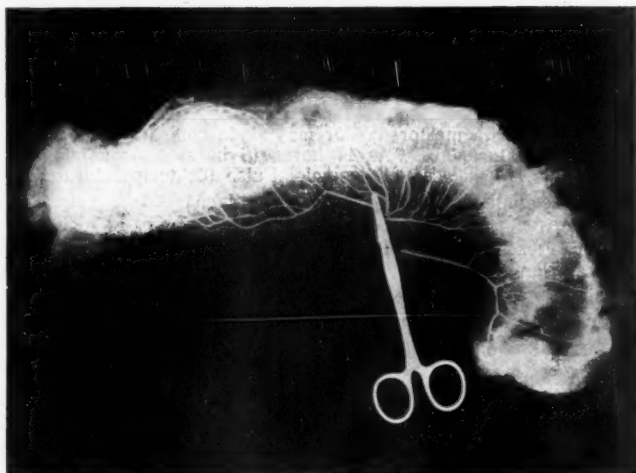


Fig. 10 — (Caso clinico)

Radiografia da peça cirurgica após injeção de meio de contraste na a. hemorroidaria superior. Em a, está o tumor. Vê-se a a. hemorroidaria superior e duas a sigmoidianas. Vê-se tambem os grampos da pinça de Petz usada na resecção do colon, no primeiro tempo.

Anatomia-patologica: — Para estudo anatomo-patologico fizemos cortes do tumor e de todos os ganglios encontrados na peça cirurgica em numero de 28. O tumor é do tipo dos adeno-carcinomas do grau 1 de Broders.

Alem dos caracteristicos do cancer as celulas carcinomatosas apresentam um notavel gráu de diferenciação pelo aspecto de cada celula, pelo

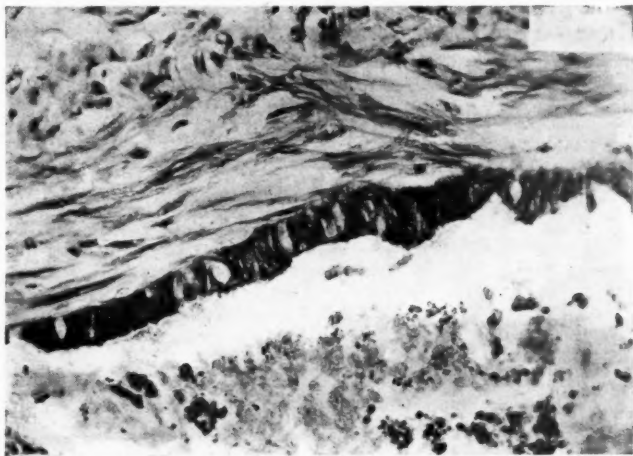


Fig. 11

Hematoxilina-Eosina. Grande aumento. Ganglio localizado atraz do tumor, o unico que foi encontrado com metastase, em 28 ganglios examinados. Note-se que o cancer é do 1.º gráu de Broders pois suas celulas estão dispostas em uma camada, estão nitidamente diferenciadas secretando a substancia que se vê em *a*.

arranjo glandular semelhante á mucosa do réto e pela função secretora que apresentam. Estes caracteres são também encontrados na unica metastase ganglionar encontrada, e localizada na face posterior do tumor (fig. 11). Os outros ganglios estavam todos de aspecto histologico normal, sem metastase.

TRATAMENTO PALIATIVO

Se, depois do perfeito estudo do caso clinico, não houver qualquer possibilidade de um tratamento radical, não se deve deixar de fazer um tratamento que, embora sem finalidade curativa, vá aliviar o doente, suavizando o seu sofrimento.

O tratamento paliativo tem uma eficacia bastante problematica.

O anus artificial é, de todas as medidas recomendadas a mais eficiente. Tem a vantagem de desviar o transito fecal, evitando assim o contacto das fezes com o tumor. Obtem-se então uma

melhoria acentuada, pois a infecção secundária e a retite que acompanham sempre o cancer diminuem de intensidade. A ação química da irritação provocada pelas fezes também desaparece. As vantagens do anus artificial se podem verificar na estatística de Hahn. Este autor reuniu 168 casos inoperáveis de cancer do reto. Desses, 71 doentes, nos quais não se praticou o anus artificial, tiveram uma sobrevivência média de 7-8 meses, ao passo que 97, com anus artificial, viveram em média 22 meses.

Além do anus artificial pode-se fazer o tratamento com os R. X. ou o radium com resultado satisfatório em alguns casos.

Carranza aconselha fazer um tratamento paliativo eletro-cirúrgico. Após o anus artificial, resaca por meio de eletro-cirurgia a maior quantidade possível de tecido tumoral. Nas mãos deste autor, o processo, embora de resultado apenas temporário, melhora muito a evolução do caso.

*
* *

Da visão do conjunto, sobre o tratamento do cancer do reto, resalta que as únicas possibilidades de cura da afecção residem no tratamento cirúrgico radical. Para obter a cura é, entretanto, necessário que o cancer seja descoberto nos primeiros tempos de sua evolução. Isto somente será obtido com a mais ampla divulgação dos conhecimentos gerais desse problema.

Endereço: Rua Franco da Rocha, 194.

B I B L I O G R A F I A

- BROWN, C. E. — WARREN, S. — Visceral metastasis from rectal carcinoma. — Surg. Gynec. Obst. 66: 611; março, 1938.
- CARRANZA, F. F. — Tratamiento del cancer retal inoperable. 8.º Congr. Argentino de Cirúrgica. pg. 701; 1936.
- ETZEL, E. — Profilaxia da acidose posoperatória. Rev. de Cir. de São Paulo, 1: 127; 1934.
- MOSTO, D. — RAFFO, J. M. — Evolucion y pronostico del cancer del recto segun su histopatologia. — 8.º Congr. Argentino de Cirurgia, pg. 911; 1936.
- PAUCHET, V. — Pratique Chirurgicale Illustrée. — Fasc. 1, pg. 158. Doin ed. Paris, 1930.
- POTTER, E. — COLLIER, F. — Intraperitoneal vaccination in surgery of the colon. Annals of Surg. 886-890; março, 1935.
- RANKIN, F. W. — BARGEN, J. A. — BUIE, L. A. — Colon, rectum and anus. Saunders, ed. Philadelphia, 1934.
- STEINBERG, B. — A rapide method of protecting the peritoneum against peritonitis. Arch. Surg. 24: 305-317; 1932.
- WESTHUES, H. — Die pathologisch-anatomischen grundlagen der chirurgie des rektumkarzinoms. Thieme ed. Leipzig, 1934.

O exame radiológico nas afecções cirúrgicas do reto

Dr. Paulo de Almeida Toledo

RADIOLOGISTA

*Livre-docente da Faculdade de Medicina.
Assistente extranumerario da 1.ª Cadeira
de Clínica Médica.*

Falar sobre a propedeutica radiologica das afecções cirúrgicas do reto é, sem duvida, percorrer quasi toda a patologia retal, pois os processos que nesse órgão se desenvolvem, em uma ou outra de suas fases evolutivas, são passíveis de terapeutica cirúrgica.

As retites, os polipos, os tumores, as estenoses, as malformações congenitas ou adquiridas, as fistulas e os diverticulos, cabem todos dentro da patologia cirúrgica do reto e passarão sob vossas vistas neste rapido estudo da radiologia retal. Por outro lado, a não ser em capitulos restritos como as hemorroidas, p. exemplo, em cujo estudo a radiologia não desempenha papel de relevo, não existe uma distinção fundamental entre a patologia retal e a patologia colica, quando encaradas sob o prisma da propedeutica radiologica. Assim sendo, estudar as afecções retaes nada mais é do que recordar tudo o que tem sido feito sobre a radiologia dos colons, salientando os caracteres mais gerais das afecções intestinaes, focalizando principalmente os fenomenos que decorrem da situação terminal do reto, e da predileção de certos processos por esse órgão.

Nesta palestra, deixarei de lado os detalhes da tecnica radiologica e tratarei das afecções retaes obedecendo de preferencia ao critério clinico-radiologico, que julgo mais util, dada a natureza do curso que ora se realiza.

O exame radiologico do reto deve ser feito sistematicamente, por meio do clister opaco, após esvaziamento completo com lavagens intestinaes; sob a pressão moderada do liquido opaco, o reto normal se distende, apresentando os caracteristicos fundamentaes (Fig. 1) de dimensões, posição, forma, curvaturas e o aspecto regular e harmonico dos contornos: E' o aspecto de en-

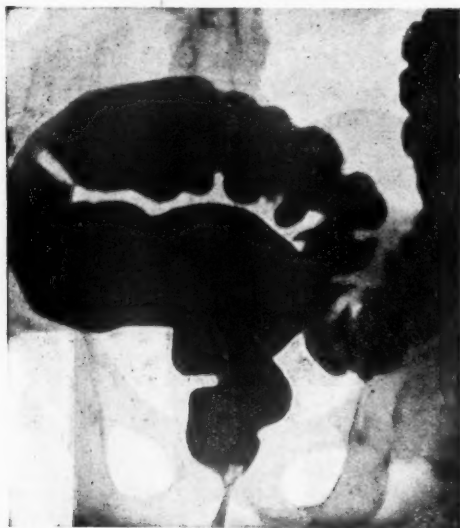


Fig. 1
Reto normal cheio.



Fig. 2
Reto normal, relevo.

chimento. Após a evacuação subtotal do contraste, uma fina camada residual opaca de revestimento, permite o estudo dos caracteres da mucosa, assim como da elasticidade das paredes e da capacidade de contração da musculatura, atestadas pela redução do calibre retal.

Na figura 2, vemos o aspecto de esvaziamento do mesmo reto da figura anterior, aspecto esse que permite distinguir o relevo das dobras longitudinaes paralelas da mucosa do reto normal.

Si a radiografia apanha a alça sigmoide, o relevo demonstra as dobras transversaes, longitudinaes ou obliquas dessa alça. Por vezes mesmo, desenha-se o aspecto estrelado das dobras do canal anal. As dobras da mucosa aparecem como faixas de sombra longitudinaes e paralelas, regulares, harmoniosas, sem soluções de continuidade. O revestimento pela substancia de contraste é regular e sistematizado: alternam as faixas claras e as escuras, correspondendo as primeiras ás cristas das dobras, com revestimento escasso de substancia opaca e as segundas, aos sulcos longitudinais em que se depositam camadas mais espessas de contraste.

Uma eventual ulceração da mucosa traduz-se, evidentemente, aos R. X., por um deposito irregular da substancia de contraste; uma excrecencia localizada da superficie mucosa, á semelhança da crista de uma dobra, traduz-se por uma falha local da substancia opaca: defeito de enchimento.

Estudando o reto normal, que na maioria das vezes nada tem de reto, é necessario chamar a atenção do observador para a existencia das curvaturas normaes, que podem, pela sua superposição, simular o aspécto da dilatação retal (Fig. 3); essa distinção sobre a qual insiste WOLFF, é fundamental e pode ser feita sob o controle da radiocospia ou de radiografias em varias incidencias. Só assim se faz o diagnostico diferencial com o mega-reto.

Quando, depois do aspecto de enchimento, passamos ao estudo do relevo, dispomos então de um poderoso elemento de analise, que esvidencia as menores alterações da mucosa com uma clareza que sobrepassa por vezes á do exame proctológico direto: é o que se observa com a diverticulite, com a polipose reto-colica, com os estreitamentos retaes. Essa clareza de demonstração deu ao estudo do relevo reto-colico uma importancia tão acentuada na enterologia que podemos afirmar, sem receio de exagero, que é tão impossivel exercer a enterologia como a traumatologia, sem o controle do exame radiológico.

O estudo radiológico do reto, evidenciando concomitantemente o estado das outras porções colicas, permite afirmar si o processo retal é um fenomeno isolado, passivel de uma terapeutica radical puramente local, ou se é apenas manifestação local de um

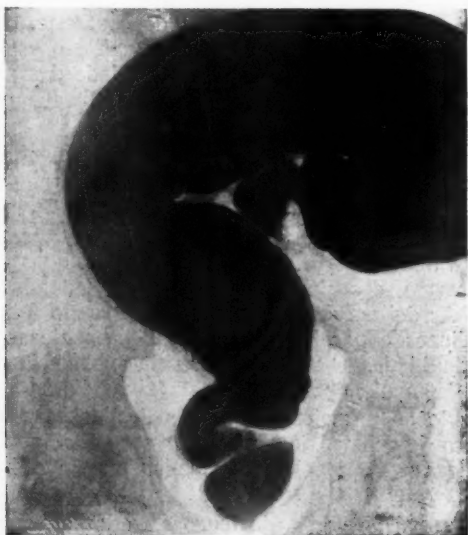


Fig. 3
Superposição de dobras.

estado colico mais ou menos extenso, contra o qual seria inutil ou mesmo prejudicial, uma terapeutica local intempestiva. E' uma verificação do mais alto alcance pratico e que bem se evidencia em certos processos como as colites ulcerosas generalizadas, a polipose intestinal, a diverticulite, etc.

De posse desses dados radiologicos: dimensões, posição, curvaturas, regularidades dos contornos, relevo das dobras da mucosa, elasticidade e contractilidade da musculatura, que constituem por assim dizer, o ABC da radiologia do tubo digestivo, podemos passar ao estudo geral das afecções reaes.

Um primeiro grupo de afecções que decorrem sem alterações fundamentaes da estrutura anatomica das paredes do reto, é constituído pelas anomalias de posição e de dimensões, pelas torsões, compressões e acotovelamentos, afecções essas nas quaes a mucosa, embora tenha alteradas suas dobras, está relativamente conservada, e nas quaes a elasticidade das paredes se mantem integra.

O segundo grupo congrega os sindromos radiologicos, mais importantes correspondentes aos processos anatomo-patologicos fundamentaes do aparelho digestivo e que são os seguintes:

1.º) *Edema da mucosa*. Caracterisa-se pelo alargamento e aumento de espessura das dobras, que se tornam mais salientes



Fig. 4
Mega-reto.

na luz intestinal, diminuindo ao mesmo tempo a amplitude do lumen do tubo digestivo. A hipersecreção que a acompanha, impedindo o perfeito contacto da substancia opaca com as tunicas internas do tubo intestinal, dá ao relevo os contornos pouco nítidos, "flous", característicos.

2.º) *Infiltração das paredes.* A infiltração das tunicas musculares por um processo inflamatorio agudo ou cronico, por fibrose ou proliferação celular neoplasica, acarreta paralisia e rigidez das paredes intestinaes; a retração cicatricial concomitante, determina a redução de calibre do órgão; a invasão da mucosa, alterando-lhe o relevo, torna irregulares os contornos da imagem radiologica: Esses elementos dão á porção infiltrada um aspecto de irregularidade, estenose relativa, rigidez e perda de elasticidade, característico.

A rigidez e a perda de elasticidade, que podem passar despercebidas no quadro do relevo, resaltam nitidamente no quadro de enchimento, em que se os segmentos normaes se distendem sob a pressão do contraste.

A radioscopia ou as radiografias em serie, evidenciando o caracter permanente do processo, fazem o diagnostico diferencial com o espasmo, que é transitorio. Exemplo de processos puramente infiltrativos são as retites cronicas em periodo de retra-



Fig. 5

Retite inflamatoria. (Nicolas Favre).

ção cicatricial. Nesses casos, predomina em absoluto o fator "*perda de elasticidade*" das paredes que se apresentam rígidas, reduzindo consideravelmente, pela fibrose cicatricial, as dimensões da porção tomada. Como prototipo, podemos apresentar as retites inflamatorias. (Fig. 5).

3.º *Processos proliferativos.* As proliferações da mucosa, sob a forma de nodulos salientes na luz intestinal, quebram a continuidade do relevo e manifestam-se como falhas ou "defeitos de enchimento" característicos. O "defeito de enchimento" exprime sempre o mesmo fato: formação de partes moles salientes na luz intestinal, qualquer que seja sua etiologia ou natureza histológica: desde os corpos estranhos até os bordos salientes de uma ulceração de caracter maligno. (Fig. 6).

Quando a proliferação só atinge a mucosa, as tunicas musculares conservam os seus caracteres de elasticidade e distensibilidade normaes; si forem atingidas pelo processo proliferativo, invadidas, infiltradas pela neoformação celular, apresentarão os caracteres já descritos para os processos proliferativos e que se traduzem pela rigidez e perda de elasticidade.

Os polipos por exemplo, são tipicamente processos proliferativos puros. A associação dos fenomenos proliferativos aos infiltrativos é já um carater de malignidade.

E' preciso, porem, ter em mente que, com frequencia, ao quadro proliferativo puro dos polipos p. ex., se associa o quadro infiltrativo dos processos inflamatorios cronicos, dando margem a erros de diagnosticos, faceis de evitar si levarmos em conta o estado dos outros segmentos colicos, a extensao do processo infiltrativo e o grau de estenose local. Nas neoplasias a infiltração das paredes, a rigidez e a perda de elasticidade, são em geral mais pronunciadas, mas circunscritas, abrangendo menor extensão longitudinal.

4.º) *Processos ulcerativos.* Como já mencionamos, nas ulcerações da mucosa, fica retida uma certa porção da substancia opaca que constitue o "deposito permanente de contraste" patognomônico de uma cavidade, seja qual for sua natureza: ulceração simples, ulceração do cancer, diverticulo, trajeto ou cavidade fistulosa. (Fig. 7).

Os outros caracteres, infiltrativos, proliferativos, edematosos, assim como o estado local do relevo fazem o diagnostico diferencial entre esses processos.

A ulceração simples não se acompanha de fenomenos proliferativos e suas proporções são em geral reduzidas.

Nas neoplasias ulceradas, formam-se enormes crateras fungosas, escavações amplas, irregulares, de bordos salientes, com nodulos de proliferação ao redor. Os contornos infiltrados, as paredes endurecidas, rigidas, a luz reduzida, fazem o diagnostico sem maiores dificuldades.

O relevo, nesses casos, interrompe-se bruscamente ao nivel dos contornos da ulceração e suas dobras, como que amputadas, delimitam a invasão da mucosa.

Nas fistulas, nas colites ulcerosas, os caracteres dos processos inflamatorios da mucosa: relevo espessado e irregular, contorno denteados, espasmos, completam o quadro e fazem o diagnostico.

6.º *Processos mixtos.* Como vimos, esses sindromos ulcerosos, infiltrativos, proliferativos, raramente se apresentam puros. O mais das vezes se associam em grau variavel na formação de processos anatomo-patologicos bem definidos.

Assim, nas retites cronicas, associam-se o edema da mucosa e um certo grau de infiltração das paredes; na polipose, alem dos nodulos de proliferação salientes na luz, encontram-se via de regra, irregularidades e espessamentos do relevo, que caracterizam um processo inflamatorio cronico. E' porem no cancer que a exuberancia dos processos associados mais se evidencia: infiltração intensa das tunicas musculares, com perda de elasticidade, estenose parcial ou total, rigidez dos contornos; ulcerações por vezes enormes, verdadeiras crateras de bordos infiltrados;



Fig. 6
Polipos do réto (defeitos de enchimento).



Fig. 7
Processo ulceroso.

proliferações nodulares grosseiras, salientes, obstruindo completamente a luz, iniciando-se bruscamente, delimitadas por um relevo normal, formam um aspecto característico e que raras vezes engana.

Analizados os elementos fundamentais da radiologia do reto passarei, na 2.^a parte desta exposição, a apresentar uma série de casos, fazendo ao mesmo tempo comentários gerais sobre cada um.

São casos todos pessoais, com verificação retoscópica ou cirúrgica e que, pela sua variedade, permitem uma visão de conjunto sobre toda a patologia reto-sigmoidéa.

1) ACALASIA DOS ESFINCTERES

Ao longo dos colons (Fig. 8) encontram-se agrupamentos de fibras circulares formando numerosos esfíncteres cujas perturbações desempenham um papel predominante na genese das dilatações colicas. Na concepção classica da HURST, a acalasia, isto

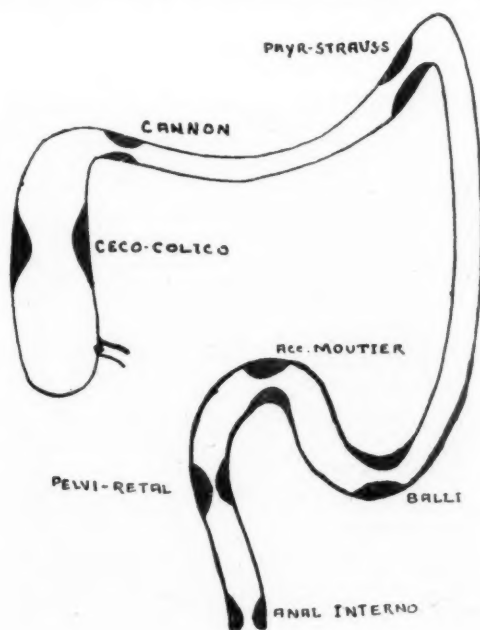


Fig. 8
Esquema dos esfíncteres.

é, a falta do reflexo relaxador de um desses esfíncteres, determina a estase a montante, com dilatação consecutiva, isto é, o megacolon segmentar. Dessa concepção decorre a terapêutica cirúrgica mais lógica, ideada pelo Prof. ALÍPIO CORREIA NETO e que consiste na esfínterectomia extramucosa. Resulta desses fatos que ao radiologista compete, não só fazer o diagnóstico de megacolon, megasigma ou megareto, mas determinar precisamente qual o esfíncter lesado: si o interno do anus, si o pelvi-retal, si o acessório de Moutier, si 2 ou mais associados, afim de orientar o cirurgião na intervenção a ser executada.

Temos tido casos, operados pelos Professores ALÍPIO CORREIA NETO e EDUARDO ETZEL, nos quaes uma primeira intervenção sobre o esfíncter anal interno curou o megareto, porem a dilatação persistente da alça sigmoide exigiu uma segunda intervenção sobre o esfíncter pelvi-retal.

2) TORSÕES

A fig. 10, apresenta uma eventualidade muito rara: a torsão da parte alta do reto, ao longo de seu eixo longitudinal. Esse aspecto, bastante comum no esôfago abdominal, por modificações



Fig. 9
Torsão.

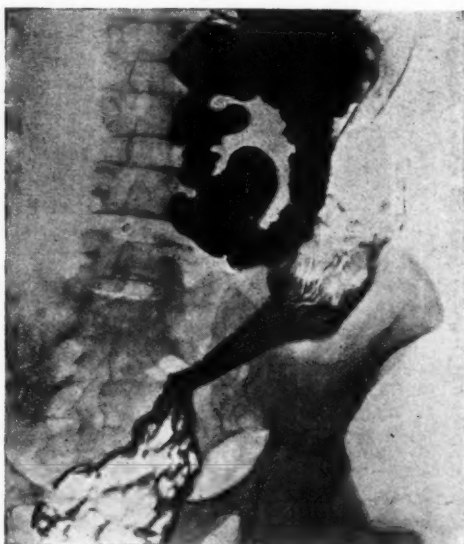


Fig. 10
Acotovelamento e torsão.

da posição gastrica, é caracterizado pela disposição típica em sacorolhas das dobras da mucosa. Pela imagem radiologica verifica-se que não existem outras alterações das paredes retaes: os contornos são regulares, não existe edema, depositos de contraste ou nodulos de proliferação. O paciente apresentava sintomas frustos de obstrução incompleta, que regrediam expontaneamente ou com lavagens intestinaes. A genese da torsão residia provavelmente no alongamento da alça sigmoide verificado pelo exame radiologico.

3) ACOTOVELAMENTOS

Na fig. 10 podemos verificar que, alem da acentuada dilatação do reto e da alça sigmoide (megareto e megasigma) existe um acotovelamento rigido, uma angulação permanente, como si um fio repuxasse para a linha mediana e para cima, a parte alta do reto. O aspecto paralelo das dobras da mucosa sugere a existencia de um processo não intrinseco.

Este quadro é caracteristico dos repuxamentos por bridas de mesocolite retractil (confirmação cirurgica).



Fig. 11
invaginação sigmóide-retal.



Fig. 12
Invaginação.

4) INVAGINAÇÃO INTESTINAL

Levada por um polipo, por um tumor pediculado, pela acalasia de um esfíncter, ou sem motivo plausível, pôde a alça sigmoide invaginar-se no reto, provocando fenómenos de obstrução baixa, aguda ou crônica ou, por vezes, sem fenómenos de obstrução, decorrer com a sintomatologia clínica de prolapso ou grande polipo retal. É o caso da fig. 11, em que se nota um grande defeito de enchimento da parte alta do reto, com obstrução completa, de contornos regulares, logo acima da formação tumoral. Chama a atenção o aspecto em *ampulação* da imagem radiológica, pois não existe diminuição de calibre ao nível do obstáculo. Tomado a princípio como um polipo gigante do reto, evidenciou-se posteriormente, pela intervenção cirúrgica como sendo um caso de invaginação sigmoide-retal. (Fig. 12).

É interessante notar que, não existiam sinais clínicos de obstrução, ao passo que por via retrograda, o obstáculo era intransponível: é o quadro denominado "*obstrução em valvula*" um dos característicos da invaginação intestinal.

5) PROCESSOS INFLAMATORIOS

Os processos inflamatórios se caracterizam pelo edema da mucosa, pelo aspecto grosseiro do relevo, pelos contornos denteados, nos quaes os dentes agudos exprimem a existencia de pequenas ulcerações. Quando nos processos inflamatórios existe infiltração das tunicas musculares e retração cicatricial, longitudinal ou circular, observa-se a perda parcial de elasticidade, a retração circular (estenose) ou longitudinal (encurtamento) da porção tomada. O reto pode transformar-se em um tubo verdadeiramente "reto", estreitado e rígido.

A perda da mobilidade traduz, nesses casos a existencia de uma perivicerite adesiva. Exemplo característico é o da fig. 5, em que, ao lado de uma retite estenosante, se verificam os sinais de uma colite crônica da alça sigmoide e do decendente.

Nas retites específicas (tbc. lues) predominam os fenómenos ulcerativos (tbc) ou infiltrativos estenosantes (tbc. ou lues). É excusado dizer que nesses casos o diagnostico etiologico do processo, só a retoscopia e a biopsia o farão.

O mesmo se diga da linfogranulomatose retal que, pelo aspecto proliferativo, pelas ulcerações e mesmo pela rigidez dos contornos, pode simular o cancer.

6) FISTULAS PARA-RETAES

Nos trajectos fistulosos para-retaes, a determinação radiológica da extensão, percurso, dimensões e recessos das cavidades fistulosas, assim como o estudo dos outros órgãos interessados no processo, reveste-se da mais alta importancia na escolha da terapeutica cirurgica. Nesses casos, só o exame radiologico fornece dados objectivos seguros, muito superiores aos facultados pela exploração direta.



Fig. 13

Fistula da margem do anus.

A fig. 13 apresenta um trajeto fistuloso de margem direita do anus, profundamente penetrante e que desemboca na parte media do reto, cujo enchimento foi conseguido através da fistula.

A fig. 14 é a de uma fistula da parte alta do reto, com retite estenosante consecutiva a uma anexite supurada esquerda. O acotovelamento e a fixidez da alça sigmoide indicam a existencia de mesenterite com bridas aderenciaes.

No caso de uma resecção parcial, o exame radiologico, além de orientar sobre a amplitude possivel da intervenção, indica mais



Fig. 14
Anexite.

tarde, na vigencia de um anus iliaco, pela amplitude da alça sigmoide, a possibilidade de restabelecimento do transito normal por uma anastomose reto-sigmoidéa.

7) DIVERTICULOS

Os diverticulos constituem um dos aspectos mais interessantes das patologia intestinal. São hernias da mucosa atravez de pontos fracos das tunicas musculares e comunicam-se com a luz intestinal por um canaliculo infundibular, que é o colo. Enchendo-se de substancia opaca, aparecem apensos á luz do colon e pela sua multiplicidade habitual desenham o aspecto bizarro de "cachos". Como nem sempre o enchimento da cavidade diverticular é completo, os aspectos radiologicos variam muito: bolas, bolhas, crecentes, taças, etc..

Por vezes, esvasiando-se o colo diverticular, aparecem os diverticulos como que completamente separados da luz intestinal; si, ao contrario só o colo se enche, desenham-se dentes agudos caracteristicos nos contornos intestinaes.

A verificação dessas anomalias é da mais alta importância, pois os divertículos do reto são, em geral, uma localização apenas parcial de uma anomalia de desenvolvimento, que abrange todo o colon — diverticulose —, não dando lugar, portanto, a uma terapêutica local. Pela retenção do conteúdo intestinal em um divertículo, podem sobrevir fenômenos inflamatórios que se propagam à mucosa colica, desencadeando fenômenos de colite e di-



Fig. 15
Divertículos.

diverticulite generalizados. A supuração diverticular, a torção de um pedículo, a peri-retite ou peri-sigmoidite agudas, podem dar lugar a acidentes alarmantes de obstrução baixa.

A fig. 15 mostra os numerosos divertículos reto-sigmoido-colicos de um caso que decorria com sintomatologia clínica suspeita de neoplasia do sigmoide. É interessante notar que o exame reto-sigmoidoscópico não pode evidenciar os orifícios diverticulares, o que mostra que, em certos casos, a propedêutica radiológica pode ultrapassar em precisão o exame proctológico direto.

8) POLIPOS E POLIPOSE

Na fig. 16, vemos o aspecto característico da polipose retocolica: pequenos defeitos de enchimento arredondados, de contornos regulares, sem caracteres de infiltração das paredes retaes e sem depositos de contraste de lesões ulcerosas. O quadro é típico dos polipos isolados do reto, demonstrados pelo exame retosigmoidoscópico.



Fig. 16
Polipose.

Só na fig. 17 o aspecto é diverso: Areas claras, arredondadas da parte alta do reto e da alça sigmoide, justapostas em um desenho alveolar, patognomônico da polipose difusa. Ao lado das proliferações poliposas, nota-se um certo grau de infiltração das paredes, com perda parcial da elasticidade e certa retração circular e longitudinal; esse componente infiltrativo, pela sua extensão, evidencia-se como causado pelos fenomenos inflamatórios concomitantes, cuja existencia é muito frequente. Além disso, si nos lembrarmos da frequência com que, sobre uma area poliposa se



Fig. 17
Carcinoma proliferativo.

desenvolve o cancer, teremos presente toda a responsabilidade do diagnostico da polipose reto-colica.

1.º) O exame radiologico esclarece si a polipose retal é um estado local ou o aspecto parcial de uma polipose colica difusa.

2.º) Permite verificar a extensão do processo e orienta o cirurgião sobre a possibilidade e a amplitude de uma ressecção.

3.º) Pela existencia de infiltração e ulceração localizadas, descobre um eventual carcinoma enxertado, cuja sintomatologia é mascarada pelo quadro proprio dos polipos.

9) CANCER

Como já ficou amplamente descrito no capitulo de generalidades, o cancer, o adeno-carcinoma ulcerado em particular, caracteriza-se radiologicamente pela associação em graus variaveis de processos infiltrativos, proliferativos e ulcerativos, isto é — perda local de elasticidade das paredes, defeitos de enchimento, depositos de contraste e irregularidade de contornos. Ora predominam os processos infiltrativos, com rigidez das paredes e este-



Fig. 18

Carcinoma infiltrativo — ulcerativo — proliferativo.

nose da luz (fig. 18); ora os processos proliferativos com necrose central e formação de grandes úlceras de bordos infiltrados.

O exame radiológico nas neoplasias do reto permite julgar a extensão do processo em profundidade, e em superfície, pelas tunicas atingidas e pela amplitude da mucosa lesada, orientando o cirurgião sobre a natureza e grau da intervenção a executar.

Nesta serie de palestras, o estudo radiológico foi colocado entre a propedeutica proctologica e a radioterapia.

Acho que foi muito feliz esta disposição, pois na orientação terapeutica, a radiologia e a proctologia se completam na colheita de elementos diagnosticos que permitam um exato emprego da radioterapia.

O diagnostico radiológico das afecções do reto, se em alguns pontos, como a possibilidade de biopsia e o diagnostico de natureza histologica, não pôde, nem pretende correr parelhas com a proctologia, em outros pontos leva vantagens incontestaveis. O proctologista faz, por exemplo, o diagnostico de carcinoma estenosante, com obstrução sub-total da luz. Seu aparelho não ultrapassa, porem, muitas vezes, o bordo inferior da lesão; não diz

da extensão em superfície ou da propagação em profundidade, do processo neoplásico; si é um tumor unico ou si são varios; si acima do processo tumoral existem polipos em transformação maligna; si uma retite estenosante oculta ao exame proctologico um processo mais grave ou extenso da alça sigmoide ou do proprio colon.

Todos esses elementos são de suma importancia para a orientação exata da radioterapia, pois é necessario o estudo perfeito, não só da lesão em seu aspecto local, como dos fenomenos de propagação ás regiões visinhas, para a escolha da incidencia e das doses radiologicas.

Em certos casos, com a modernissima tecnica de CHAUL, efetua-se a exposição do reto, após abertura da coluna sacra, e a aplicação radioterapica se faz então diretamente, como si se tratasse de uma lesão superficial. Nessas condições, facil se torna avaliar o valor do exame radiologico na exata localização de um processo tumoral do reto, como tempo preliminar para uma orientação terapeutica segura.

Endereço: Rua Libero Badaró, 92

**NA GRIPPE, PNEUMONIA, BRONCHITE AGUDA E CHRONICA,
BEM COMO NAS COMPLICAÇÕES POST-OPERATORIAS,**

Cyclosol

E' EXCELLENTE MEDICAMENTO.

★

NA SYPHILIS NERVOSA, CUTANEA E VISCERAL

BINATRIUM (tartaro bismuthato de sodio)

SAL SOLUVEL DE BISMUTHO,

E' INFALLIVEL E COMPLETAMENTE INDOLOR.



Instituto Biotherapico Brasileiro

DIREÇÃO SCIENTIFICA

DR. A. MACIEL DE CASTRO Phco. CLOVIS RIBEIRO VIEIRA

Diplomados pelo Instituto de Manguinhos

PARA AMOSTRAS:

Deposito em S. Paulo:

RUA JOSE BONIFACIO, 233 - 8.º and., salas 801 a 806 — Phone, 2-7955

MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

SESSÃO DE 17 DE NOVEMBRO

Presidente : PROF. CELESTINO BOURROUL

BLEPHAROSPASMO NO CURSO DO PARKINSONISMO POST-ENCEPHALICO — PROF. A. C. PACHECO E SILVA E DR. FERNANDO DE OLIVEIRA BASTOS — Os AA. relatam o caso de um paciente portador de um syndromo parkinsoniano post-encephalico tardio, no qual se verificaram interessantes disturbios da motricidade palpebral, e, principalmente, um blepharospasmo bilateral installando-se espontaneamente, sem causa apparente, ou em seguida ao fechamento voluntario dos olhos, ou ainda pelo estimulo percussorio da região frontal, no acto de pesquisa do reflexo oculo palpebral. Os AA. aproximam o phenomeno do que foi descripto por Meige sob o nome de "Espasmo facial mediano" e, posteriormente, estudado por Sicard e Haguenau com a denominação de "Parasmo facial" fazendo, a proposito, uma revisão dos principaes trabalhos sobre o assumpto.

ANESTHESIA PERIDURAL COM NOVOCAINA EM SUSPENSÃO OLEOSA (Nota pré-

via) — DR. JOSÉ MARIA DE FREITAS — O A., baseado nas idéas de Dorival Cardoso, de que varias substancias medicamentosas em suspensão oleosa têm acção mais duradoura que em solução aquosa e, ainda porque em suspensão oleosa o anestesico fica em melhores condições para se misturar ao tecido gorduroso peridural apresentam menor possibilidade de ser absorvido pela grande rede venosa peridural e ainda, porque, dada a viscosidade do oleo a anesthesia seria mais metamerica, ensaiaram a sua applicação no homem, depois de uma série de experiencias preliminares em animaes, como a collaboração de Dario Tracanela e Juvenal Marques. No homem foram, até o presente, realizados 8 anestesicos, dos quaes 4 perfectos e os demais com pequenas falhas, cujas explicações estão em varios factores discutidos no decorrer da exposição: as doses empregadas foram sempre inferiores ás utilizadas em soluções aquosas.

Nas convalescenças :

SERUM NEURO-TRÓFICO

TÔNICO GERAL — REMINERALIZADOR

RECONSTITUINTE — ESTIMULANTE

Medicação seriada

INSTITUTO TERAPEUTICO ORLANDO RANGEL
RUA FERREIRA PONTES, 148 - RIO DE JANEIRO



Associação Paulista de Medicina

SECÇÃO DE HIGIENE E MEDICINA TROPICAL, EM 4 DE JULHO

Presidente : PROF. SAMUEL B. PESSOA

PAPEL DOS MORCEGOS NA TRANSMISSÃO DE ALGUMAS MOLESTIAS INFECCIOSAS —

PROF. A. CARINI — Vimos como nestes ultimos annos foi demonstrado que os morcegos hematophagos são capazes de transmittir a raiva aos animaes domesticos e ao proprio homem. A raiva nos morcegos pôde decorrer de um modo completamente diverso do classico que estamos acostumados a observar nos outros animaes, isto é, os morcegos podem tornar-se portadores e eliminadores do virus rabico. Este facto especial, bem verificado pela primeira vez pelos veterinarios brasileiros, explica porque as epizootias da raiva da America do Sul, devidas aos morcegos, apresentam caracteres particulares. Vimos tambem que os morcegos desempenham um papel importante na transmissão de algumas trypanosimiasas animaes taes como a murrina e o mal de cadeiras. Não quero por fim finalizar sem dizer duas palavras sobre os meios de combate contra essas epizootias, afim de que não ficassem com a impressão que estamos de todo desarmados contra taes flagellos e que, naquellas regiões, a industria pastoril esteja fatalmente condemnada, devido ás avultadas perdas causadas pelos morcegos. Contra a raiva, os progressos realizados nestes ultimos tempos na preparação da vaccina, sobre tudo com as vaccinas formuladas permitem uma rapida, facil, pouco dispendiosa immunisação dos animaes domesticos. Nos lugares, onde estas vaccinações foram applicadas, as perdas causadas pela raiva estão em franca diminuição. A victoria será definitiva quando aquellas regiões forem mais povoadas, quando os terrenos estiverem mais cultivados, quando

surgirem habitações e estabulos mais hygienicos, porque, então, os morcegos hematophagos, não achando mais ambiente favoravel de vida, se tornarão mais raros até desapparecerem completamente das zonas habitadas.

Si em alguns campos crescem muitaservas venenosas e os animaes são frequentemente victimas de intoxicações; si outros campos são infestados por cobras venenosas, que causam perdas não indifferentes; si formigas, ratos ou gafanhotos ou outros animaes daninhos destróem as colheitas, direis que aquellos campos são absolutamente imprestaveis e que nelles é impossivel todo desenvolvimento agricola?

Penso que não, porque a lucta tenaz, ás vezes difficil, contra taes inimigos, leva quasi sempre o homem á victoria. Grandes, immensas mesmo, são as possibilidades do trabalho humano: pela irrigação, terrenos secos, esteireis, são transformados em jardins verdes e pela drenagem, pantanos improductivos, onde o paludismo desde seculos semeava suas victimas, tornaram-se campos ubertissimos, como se vê na Italia e agora na Baixada Fluminense. O penoso caminho da civilisação se faz por uma série de luctas e de victorias do homem sobre as forças naturaes, sobre a terra sobre os outros animaes. A intelligencia e a operosidade humana, transformando o meio, criam a salubridade: "Labor omnia vincit".

Commentarios : Prof. S. Pessoa : Agradeço sensibilizado ao illustre professor a interessante palestra com que honrou a nossa Secção. O A., figura de grande valor scientifico, tem occupado

entre nós, todos os posto mais honrosos e até o de magisterio, e quando professor da nossa Faculdade, tive a ventura de ser o seu alumno, e hontem como hoje lhe reconhecemos os seus grandes dotes de emerito pesquisador e de mestre.

PESQUISAS SOBRE LEPTA MURINA: ELIMINAÇÃO DO VIRUS — DR. J. M. GOMES —

O A. mostrou esses trabalhos experimentaes que na leptura dos ratos o germen responsavel se elimina pela via nasal, não só sob a forma de bacillo acido-resistente, mas tambem no estado de virus, circumstancia que força a prestar muita attenção aos leprologos que advogam serem os elementos filitantes a parte activa na infecção hansensana.

Commentarios : Dr. Walde-mar Miranda : Sendo a leptura em Pernambuco um problema muito maior do que em S. Paulo, ouvi com o maior dos interesses o trabalho, occorrendo-me uma pergunta : Esse virus descripto pelo A. será infectante ou vaccinante ?

SOBRE UM CATALOGO DOS CULICIDEOS DA REGIÃO NEO-TROPICA — DR. JOHN LANE —

O A. fez um apanhado sobre a necessidade que ha em se produzir um catalogo para os mosquitos das Americas Tropicaes, área comprehendida entre o Sul do Mexico até a Patagonia. Dá um apanhado sobre o historico da toxonomia dos Culicideos e a importancia deste grupo. Em seu catalogo pretende incluir a maior parte da bibliographia que se refere á toxonomia deste grupo.

Commentarios : Dr. Paulo Antunes : Salientou o valor do trabalho pela sua systematização, trabalho que vem ajudar muito aquelles que na epoca de hoje muito estão estudando a epidemiologia da febre amarella.

Dr. John Lane : Informa á Casa que esse catalogo sahirá publicad nas Memorias do Instituto

Oswaldo Cruz quando muito até dezembro.

PROF. S. Pessoa : A bibliographia desse trabalho contendo cerca de 95% do assumpto, diz muito bem quanto carinho teve o A. na feitura do catalogo, que muito visa servir nas pesquisas medicas para o futuro.

MALARIA AVIARIA III — DA PRESENÇA DOS "PLASMODIUM PRAECOX, VANGHANI E NUCLEOPHILUM" EM PASSAROS DE S. PAULO — DR. DURVAL LUCENA —

O A. assignala a existencia do Plasmodium nucleophilum Manell, 1935, em pardaes, sobre 4 exemplares de 6 examinados, provenientes da Capital. P. Vanghani Novy e Mac Neal, 1904, e P. praecox Grassi e Feletti, 1890, foram encontrados em um grupo de 6 sabiás, das especies Turdus rufiventris e T. leucomelas. Todas as duas especies aviarias albergavam ambos os plasmodios. A infecção no pardal, pelo P. nucleophilum, parece differir em seu aspecto clinico da occasionada por outros hematozoarios observados pelo autor.

Commentarios : Dr. José Aluisio Fonseca : Tendo praticado experiencias em canarios, verificou a existencia do plasmodio maior, descripto por Raffaelli, e pergunta ao A. si observou facto identico.

Dr. Durval Lucena : Tem-se servido dos trabalhos de Giovannelli, mas tem notado todos os esquizogontes no P. praecox, que parece mesmo é o paradigma para todas as descrições.

Prof. Carini : O estudo dos protozoarios dos passaros tem hoje um grande interesse pratico e a dosagem dos medicamentos tem sido feita em experiencias com esses plasmodios. Observou-se mesmo uma multiplicação das células do R E nos passaros e si o mesmo for observado na malaría humana, estaria explicada a inefficacia dos medicamentos em certas fases da molestia e assim tambem explicados os longos periodos de latencia.

SECÇÃO DE NEURO-PSYCHIATRIA, EM 5 DE JULHO

Presidente : PROF. A. C. PACHECO E SILVA

O CONCEITO MODERNO DE ENFERMIDADE E MOLESTIA MENTAL —

DR. AGUIAR WHITAKER — O A. considerando o período moderno da Psychiatria, fez uma synthese das numerosas investigações e idéas, mais recentes, neste campo, para em seguida formular um conceito de enfermidade e molestia mental, de accordo com o estado de evolução da sciencia psychiatrica. Enfermidades e molestias mentaes constituem processos de natureza organica, attingindo directa ou indirectamente o funcionamento do cerebro, ou funcional, manifestando-se, do ponto de vista neurological, por duas ordens de symptomas, physicos e psychicos. Os symptomas physicos obedecem ás leis communs da pathologia geral. Os symptomas psychicos grupam-se em certo numero de syndromes — cada molestia podendo apresentar syndromes diversos e cada syndrome podendo encontrar-se em molestias diversas — em funcção (em maior ou menor grau do terreno (fenotipo); quando de origem organica (lesional), depende da localização e intensidade da lesão, podendo dividir-se em dois grupos principaes, directos e indirectos (reacção da personalidade á causa morbigena). A importancia do terreno na genese dos syndromes mentaes cifra-se ainda em uma predisposição especial para a doença ou em uma especial fragilidade do systema nervoso, tornando-o particularmente vulneravel ás causas morbigenas, phenomenos estes condicionados pela hereditariedade (com maiores probabilidades).

Commentarios : Dr. Edgard Pinto Cesar : Felicitou o A. pelo trabalho traído que representa uma synthese magnifica sobre o assumpto.

O prof. A. C. Pacheco e Silva tambem agradeceu ao A. em nome

da mesa, pela sua interessante communicação.

SYNDROME SUPERIOR DO NUCLEO VERMELHO, FORMA TREMO-CHOREO-ATHETOSICA —

DRS. ANDRÉ TEIXEIRA LIMA e FRANCISCO TANCREDI — Os AA. apresentaram um caso de syndrome superior do nucleo vermelho, de forma tremo-choreo-athetotica, de origem traumatica, ou seja syndrome do nucleo-vermelho sem paralysisia do III par, com movimentos involuntarios expontaneos, conforme a denominação proposta por Souques-Crouzoun e Bertrand. As perturbacões nervosas, localizadas do lado esquerdo, caracterizam, mais particularmente, de um lado por hemiplegia com hypertonia e contractura (membro superior), exaltação dos reflexos tendinosos, sem clonus nem Babinski e suas variantes, de outro lado, tremor da mão, de tipo e movimentos choreo-thetosicos raros. Sobre o mecanismo da acção do agente (projectil de arma de fogo) lesão directa e indirecta, vascular. Os AA. documentaram com um film a communicação.

Commentarios : Dr. Paulo P. Pupo : Felicitou os AA. por terem trazido um trabalho bastante raro na literatura. Os casos semelhantes publicados são todos causados por tumores ao passo que o caso em apreço teve origem traumatica.

Dr. O. Lange : Considerou feita a apresentação clinica que teve o caso. Quanto ao film, apresentado, ficou com a impressão pela projecção feita, de que os tremores não se mitigavam com a movimentação do braço como deveria acontecer e seria pois interessante que melhor fossem apanhados esses tremores num novo film. Ficou com a impressão que o doente tambem apresenta mo-

vimentos anormaes na outra mão, embora possa ser uma simples synchinesis.

Dr. Annibal Silveira : O A. se referiu a vestígios do projectil sem haver signaes de sua sahida. Deseja pois lembrar a possibilidade de um choque, sem a penetração da bala, e que as perturbações manifestadas do paciente corram por conta de uma encephalite. O A. não fez referencia ao exame ocular, e tambem a um parkinsonismo que se tivesse exacerbado em consequencia do traumatismo.

Dr. E. Pinto Cesar : O A. na observação relatada, menciona fratura da clavicula do paciente na

historia progressa. Pergunta pois si foi feito exame electrico, para poder-se afastar lesão do plexo brachial, pois pelo film pode-se bem verificar atrophia muscular, nos musculos da cintura escapular e do braço.

Dr. André T. Lima : O film não explorou sufficientemente o paciente, por ser de curta metragem ; quanto á penetração da bala apenas presumimos que isso se tenha dado, pois o doente assentou praça no exercito. O exame electrico não foi feito, mas o doente não tinha as perturbações só no braço, apresentava-as tambem na face, na bacia, sendo portador em ultima analyse de hemiplegia.

SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 13 DE JULHO

Presidente : DR. JOSÉ DE CAMARGO

SOBRE UM CASO DE KYSTO DO MESENTERIO — Drs. J. M. CAMARGO e RUY AZEVEDO MARQUES — Os AA. depois de apresentarem uma documentada observação de um kysto do mesenterio, fazem considerações sobre a etiologia e pathogenia, após frisarem a raridade dessa entidade. Apreciam as diferentes classificações propostas e a confusão reinante nesse particular. Referem-se aos 3 estados habituaes da molestia (de latencia, de estado, de complicações) e as difficuldades diagnosticas. Aconselham o tratamento cirurgico, o mais radical quanto obrigue o caso.

Commentarios : Dr. Hermeto Jr. : Referiu-se ás difficuldades propedeuticas no diagnostico differencial dos tumores abdominaes, citando a esse respeito uma observação de tumor abdominal cujo diagnostico fôra de tumor do mesenterio quando na realidade se tratava de um verdadeiro lobulo aberrante do figado, pediculado. Frisou por fim o valor da grande mobilidade dos tumores do mesenterio no diagnostico dos mesmos.

Dr. J. M. de Camargo : Tendo

sido o operador no caso em apreço, referiu que não praticou a ablação completa do kysto, seguido de entero-anastomose, em virtude do mau estado geral do paciente.

O exame histo-pathologico da capsula do kysto, revelou aspecto semelhante ao da molestia de Nicolas-Favre e chama pois a attenção para essa possibilidade.

O TRATAMENTO DA THROMBOANGEITE OBLITERANTE—

DR. S. HERMETO JR. — O A. iniciou o seu trabalho salientando os fundamentos histopathologicos acerca da molestia de Leo Buerger, bem como as doutrinas etiopathogenicas. Salienta os diferentes methodos operatorios e as suas bases, principalmente as gangliectomias. O A. mostra que de 1937 a esta epoca centralizou uma technica pessoal que denomina de gangliectomia lombar selectiva. De quatro doentes operados, neste lapso de tempo, observou : — 1) em um doente os resultados foram completos ; 2) em um dos casos, individuo de nacionalidade allemã, o resultado foi observado durante 4 meses ; 3) nos outros

dois doentes portadores no acto operatorio de graves gangrenas das extremidades — notou um augmento da circulação do segmento de membro acima, tornando as amputações mais economicas. O A. conclue referindo que a gangliectomia lombar selectiva representa uma operação de indiscutíveis resultados funcioneaes.

Commentarios: Dr. J. M. Camargo: Referiu ter observado, de 1934 para cá, cerca de 10 casos operados, alguns com excellentes resultados, outros com resultados precarios. Não obstante, acha a gangliectomia um optimo meio de tratamento. Adoptou ultimamente a gangliectomia selectiva preconizada pelo A., apenas dos ultimos ganglios lombares, com os mesmos resultados e mediante technica muito mais simples. Tem tido algumas recidivas, principalmente quanto ás dores. Felicita por fim o A. pela brilhante comunicação.

CONTRIBUIÇÃO PARA O ESTUDO DA TÉCNICA E TÁCTICA DAS PARATHYREOIDECTOMIAS — DR. S. HERME-

to Jr. — O A. referiu os fundamentos anatomicos que orientam a technica das parathyroidectomias. Referiu-se aos seus estudos pessoais, baseados em 20 disseções de cadaveres não formolizados, e em oito operações no vivo. O A. chama a atenção para os seguintes pontos de reparo uteis á technica: a) thyreoidiana inferior; b) superficie retrolobar thyreoidiana; c) pediculo venoso inferior da thyreoides; d) nervos recorrentes; e) plano esophago-tracheal. O A., após analysar as vias de accesso preesternomastoidianas e transisthmicas — salienta que a via anterior com luzação medial do lobo thyreoidiano é a mais anatomica e physiologica. O A., após demonstra em diapositivos os diferentes tempos da technica da parathyroidectomia typica segundo a sua orientação pessoal. O A. mostra que utilizou a technica em oito casos, dos quaes tres eram portadores da molestia de Engel-Recklinghausen. Mostra tambem as modalidades de tactica, representadas pelas operações de Leriche, Oppel e pela operação de Simon-Weil.

SECÇÃO DE DERMATOLOGIA E SYPHILOGRAPHIA EM 11 DE JULHO

Presidente: DR. DOMINGOS RIBEIRO

PURPURA HEMORRAGICA — DRS. DANTE GIORGI E AURELIO ANCONA LOPES — Os AA. após terem feito ligeiras considerações sobre a impropriedade da apresentação de um caso de clinica medica numa sessão de Dermatologia, justificam o facto por ter essa entidade morbida como um dos signaes, perturbações para o lado da pelle. Em seguida apresentam uma observação clinica exaustivamente documentada, detendo-se principalmente sobre o quadro dermatologico e hematologico das purpuras em geral e em particular, sobre o quadro da myelose global aplastica. Em seguida tecem commentarios sobre as re-

lações do quadro em observação com o de anemia perniciosa, doença maculosa de Werlhof e anemia constitucional thrombopenica perniciosiforme de Fanconi. Fazem o diagnostico differencial com os quadros acima, concluindo diante da erythrocytopenia, granulocytopenia, em função de uma neutropenia, com lymphocytose relativa, thrombopenia, diminuição da taxa da hemoglobina, tempo de sangria augmentado, tempo de coagulação normal, valor globular superior a um, que o caso em apreço se enquadra no grande grupo das myeloses aplasticas de Di Guglielmo.

SECÇÃO DE PEDIATRIA, EM 12 DE JULHO

Presidente : DR. JOAQUIM L. DA FONSECA

APRESENTAÇÃO DE UM DOENTE — DR. GOMES DE MATTOS — O A. apresentou um caso de lesão symetrica das mãos e dos pés, caracterizada por lesão do tipo de eczema tilosico mas com uma historia clinica muito proxima da acrodinia infantil.

Commentarios : Dr. J. Leme da Fonseca : Insistiu com o A. para que trouxesse á Secção o caso, embora mesmo com a falta de alguns exames que não puderam ser praticados. O dr. Domingos Ribeiro prometeu comparecer para fazer o estudo da parte dermatologica mas, infelizmente, não pôde comparecer.

MORTALIDADE INFANTIL E PAUPERISMO — DR. ESPIRITO SANTO — O A. focalizou a portentosa questão sob varios aspectos : medico, social, educativo, tendo feito afirmações sobre um expressivo material que tem podido observar. Traçou as normas a seguir para o combate desse mal, suggestões que entregou á mesa da Secção para serem apresentadas aos poderes publicos do Estado.

Commentarios : Dr. Edgard Braga : Não se julga tão pessimista em relação ao que se tem feito no Brasil no sentido de se proteger a criança. Toma a liberdade de annexar ás conclusões chegadas pelo A. mais uma addenda, que reputa de capital importancia, a notificação compulsoria da gravidez, resalvados os segredos profissionais. Deseja pois que desta Secção parta um appello ao sr. Interventor Federal, que tanto vem se interessando pela saude publica, e pôl-o assim ao corrente das conclusões tiradas pelo A., fructo de observações cuidadosas.

Dr. Leme da Fonseca : O assumpto bordado pelo A. muito tem interessado a nossa Secção e num dos pontos assinalados du-

rante o trabalho, constata-se entre outras, uma grande verdade que é a permissão dos paes do consumo de bebidas alcoolicas por parte dos filhos. As suggestões do A. muito concorrerão para a nova orientação do Serviço Sanitario.

A proposta do dr. Braga foi submettida á apreciação da Casa, para se deliberar quaes as medidas a tomar, ficando aprovado que se enviaria um officio ao sr. Interventor Federal com todas as conclusões do A. accrescidas da addenda do dr. Braga.

Por ultimo agradeceu a presença dos drs. Edgard Braga, Alvaro Camera e prof. Horacio Silveira.

Dr. Espirito Santo : Agradeceu todas as expressões de solidariedade e quanto á notificação compulsoria da gravidez, já lembrou essa medida em outros tempos mas não teve o acolhimento que merecia ter.

TRATAMENTO DAS VULVO-VAGINITES INFANTIS. ACÇÃO DA FOLLICULINA — DR. LICINIO HOEPNER DUTRA — O A. apresentou o resultado colhido em 12 casos de vulvo-vaginite infantil, gonococcica ou não, pelo tratamento hormonal follicular. Fez referencias aos fundamentos do novo methodo therapeutico, citando as objecções dos AA. pela supposta acção malefica, possivelmente decorrente de acção da folliculina. Documentou o trabalho com a estatistica dos resultados obtidos e uma série de microphotographias de corrimento vaginal e cortes histologicos da mucosa vaginal.

Commentarios : — Dr. Espirito Santo : Felicitou o A. pelas observações que trouxe e a sua importancia faz lembrar uma das aulas de Oscar Clark, quando chamava a atenção para a facilidade que tinham os processos infectiosos de produzirem tardamente quadros agudos decorrentes da infecção infantil.

Dr. E. Braga : Lembrou o trabalho de Thales Martins, onde elle diz que as doses altas de folliculina podem provocar uma proliferação das cellulas, chegando mesmo á cancerização. O methodo americano, muito cauteloso, preconisa doses minimas.

Dr. Filizola : Em 4 casos empregou doses de 1.000 unidades, sendo que em 3 os resultados foram efficientes.

Dr. Gomes de Mattos : Num caso de que cuidou, empregou *in loco*, 20 velas para cada uma ampola de Progynon, sem o uso de Pratargol, e embora os resultados fossem satisfactorios, ainda se encontrou gonococcus na secreção, que diminuiu bastante. Interessa-se tambem pela questão

das recidivas e pede ao A. a sua opinião.

Dr. Leme da Fonseca ; Dirigiou ao A. um agradecimento especial por ter dado á Secção preferencia para a communicação de seus resultados.

Dr. L. H. Dutra : Embora os AA. tivessem admittido na folliculina uma acção cancerigena e por isso mesmo afastada durante algum tempo da therapeutica, voltou mais tarde a ser empregada, pois verificou-se a necessidade de existir um terreno propiamente, além do que ainda não ficou prova da presença do fenantreno no nucleo da folliculina. Quanto ás recidivas, affirmam os AA. que ellas dependem da localização urethral.

SECÇÃO DE OTO-RHINO-LARYNGOLOGIA, EM 18 DE JULHO

Presidente : DR. MANGABEIRA ALBERNAZ

PARALYSIA DO RECORRENTE DE NATUREZA INDETERMINADA — DR. ROBERTO OLIVA

— Antes de apresentar suas observações, em numero de cinco, o A. estuda certos pontos de anatomia, physiologia e pathologia da larynge. O comportamento dos nervos espinhal e vago, foi exposto de accordo com a opinião de Vannucci, Molhant e outros, que consideram esses nervos como formando um troneo unico já ao nivel do buraco jugular. Aceita como mixta a função do pneumogastrico, bem como mixto igualmente o recorrente, em geral considerado como essencialmente motor. Estuda as perturbações observadas na larynge em seguida as lesões do feixe corticobulbar e periphericas, mostrando a difficuldade em se esclarecer, em muitos casos, o factor etiopathogenico dos syndromes observados. Relatou, a seguir, seus 5 casos, nos quaes a natureza da paralyasia não se tornou precisa. Outro facto que reputa interessante e que tem sido notado por outros AA., é a preferencia da corda esquerda em ser lesada. Não ha,

tambem, para isso, explicação cabal.

Commentarios : Dr. Mangabeira Albernaz : Sobre a physiologia e pathologia dos nervos craneanos tem a impressão de que nada se pode acrescentar ao que escreveu Claude Bernard em seu conhecido livro. Não podemos admittir uma physiologia do vago e uma do espinhal como accetia a escola de Louvania, meramente convencional, apenas didactica, mas não scientifica. Quanto á causa das paralyrias, é outro problema difficil de se resolver, pois é sabido que a secção do glosso pharyngeu nada influe sobre a motricidade do constrictor superior. Quando no meu caso de Longhi-Avelis admitti uma osteite do buraco jugular, foi uma mera hypothese, pois os nervos não são comprimidos todos da mesma maneira, uns mais do que os outros. O trabalho do A. tem um grande valor, pois focaliza questões basicas mas não acreditamos até o momento presente que se possa acrescentar uma só linha sobre o que conhecemos da physiologia dos nervos craneanos.

Dr. Oliva: Si admittirmos a lesão do espinal no buraco lacerado, o nervo seria atingido em seus 2 ramos e já não teríamos o Longhi-Avelis mas sim o Schmidt. Por isso não concordamos com a opinião do sr. presidente embora a respeitemos, da localização alta da lesão.

CASUÍSTICA DO SYNDROME DE RAMSAY-HUNT — DRS.

ANGELO MAZZA e J. E. REZENDE BARBOSA — Os AA. apresentam 2 observações clinicas do syndrome do ganglio geniculado de Ramsay-Hunt ou *herpes zoster oticus* de Koerner. O interesse diagnostico das mesmas resume-se em sua pouca frequencia na clinica e o complexo symptomatico que ambas apresentam, differente mesmo da symptomatologia classica. Na 1.^a observação trata-se de um menino, ao qual foi administrado como tratamento anti-helminthico, capsula de thymol na dose total de 1 gr.50, e que foi repetida 10 dias após a 1.^a dose. Logo após a administração do vermifugo, o paciente foi acometido de estado vertiginoso, febre e mal estar geral. Dias após surgiram dores no pavilhão auricular, queda na audição, erupção herpetica na concha do pavilhão auricular e parede posterior do conducto e associou-se uma paralysis facial peripherica homo-lateral. Na 2.^a observação trata-se de um rapaz, athleta, que, padecendo de cepheais intensas e mal estar geral foi acometido de estado vertiginoso accentuado. Surgiram vesiculas bolhosas na concha do pavilhão e conducto auditivo externo e estabeleceu-se uma paralysis facial peripherica, homolateral. Esse paciente possuia Wassermann positivo ha 4 meses. Ambos os casos evoluíram benignamente, apesar de no 1.^o não ser controlado a distancia. O 2.^o que foi observado com maior cuidado, foi submettido á vitamino-therapia intensiva do complexo B e á neuro-vaccinas. Esse caso, 2½ meses após, encontrava-se completamente curado. Os AA. estudam com certo detalhe o syn-

drome de Ramsay-Hunt consequente á aggressão do ganglio geniculado pelo virus zosteriano. Os AA. procuraram explicar a pathogenia do syndrome, estribados em dados fornecidos pela embryologia, anatomia e neuro-cirurgia. Após estudarem, ligeiramente, a etiologia e tratamento no que posuem de mais moderno e util, terminaram os AA. com commentarios a respeito dos seus casos que classificaram no quarto grupo de Ramsay-Hunt, isto é, ao *herpes zoster oticus* associou-se uma paralysis facial peripherica e o complexo de Meniere.

O POLYPO DE KILLIAN NA CREANÇA — DR. MANGABEIRA

ALBERNAZ — O polypo de Killian, polypo coanal solitario, polypo antro-coanal é uma formação edematosa que tem quasi sempre por ponto de origem o seio maxillar. E', em uma analyse, um polypo do seio que passa para a fossa nasal, e conforme o grau de desenvolvimento, pode chegar até o larynge. Só se observa nas sinusites de tipo catarrhal edematoso, e nunca nas purulentas. Em geral aberto o seio, este contém outros polypos, além do que passou para a fossa nasal, sempre unica. A migração é attribuida a varias causas, mas a capital é a amplitude exaggerada do ostio maxillar principal ou do ostiolo de Giraldes. O assoar-se, o escarrar, os movimentos respiratorios, agem com causas coadjuvantes. O polypo nasal é muito raro na criança. Beco em 30 mil pacientes observou 4 casos; o A. em mais de 8 mil doentes, encontrou 6 casos. Mas o polypo da criança é quasi sempre do tipo solitario (Beco 3 casos em 4, o A. 4 casos em 6). Nesses casos o antro é muito desenvolvido. São estudados e discutidos, o ponto de inserção, a causa, o diagnostico e tratamento do polypo de Killian. Por fim, expostas as 4 observações, 2 em crianças de 12 e 2 em crianças de 13 annos. Um dos polypos chegava á oro-pharynge.

SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE JULHO

Presidente : DR. BARBOSA CORREIA

CYSTOS CONGENITOS DO PULMÃO. A PROPOSITO DE UM CASO — DR. REYNALDO GONÇALVES — A autopsia deste caso mostrou tratar-se de molestia congenita unilateral, comprometendo todo o lobo inferior esquerdo. A' esquerda em corte longitudinal observou-se ser o lobo inferior constituído inteiramente por cavidades multiplas, de pa-

redes lisas, dando-lhe o aspecto areolado. A' direita observou-se uma grande cavidade abcedaria de paredes espessas e com intensa reacção em torno.

Commentarios : Os d^{rs}. Milton Macedo Soares e Armando Marques felicitaram o A. pela apresentação do trabahlo e o sr. presidente, dr. Barbosa Correia, agradeceu a comunicação feita.

SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 29 DE JULHO

Presidente : DR. R. PAULA SOUZA

THORACOPLASTIA ANTERO-LATERAL ELASTICA DE MONALDI — DR. COMENALE JR. — O A. iniciou a comunicação expondo as bases de physiopathologia do aparelho respiratorio que levaram Monaldi a propor este tipo de operação, apresentando diversos eschemas representando a repercussão sobre o pulmão, e o modo de distribuição das trações pharyngo-diaphragmaticas, segundo as 4 linhas dominantes : vertical superior, vertical inferior, anterior e lateral. Apresentou alguns eschemas mostrando como estas trações se podem modificar com os diversos estados pathologicos das pleuras e do pulmão. Em seguida expôz os 3 typos fundamentaes da operação : total, superior e inferior, expondo tambem seu mecanismo de acção nos processos exsudativos, em que o repouso da lesão determina uma progressiva limpeza radiologica, nos processos cavitarios em que se assiste á redução progressiva da cavidade desde que satisfaça duas condições indispensaveis : 1.º ter bordos elasticos, 2.º ter em seu redor parenchyma em quantidade e qualidade taes que possa substituir o espaço da caverna e nos processos proliferativos em que os resultados são incertos, defendendo a cura da

progressão dos processos de cicatrização. Apresentou alguns casos observados no Instituto Carlo Forlanini, de Roma, em que foram attingidos optimos resultados e terminou fazendo algumas considerações a respeito do processo de cura, demonstrando o quanto respeita a architectura thoraxica e o volume do pulmão, a capacidade funcional respiratoria e cardíaca e quanto são seguros os resultados, provados pelo grande numero de individuos que operados, com alta datando já de 2, 3, 4 annos, que ainda voltam a se fazer reexaminar, a titulo de controle, e que gozam perfeita saude.

Commentarios : Dr. Ruy Doria : Após felicitar o A., fez considerações sobre a colapsotherapia pulmonar, dizendo que a mesma tem evoluído, baseada mais em bases praticas do que theoricas. Referindo-se á operação de Monaldi, declarou que, antes de sua visita ao Instituto Forlanini, já estava um tanto descontente com ella, pois, tendo operado 9 casos não obteve muito bons resultados, provavelmente pela imperfeição das indicações. Em seguida chamou a attenção para as poucas possibilidades de infecção que este typo de thoracoplastia offerece, pelo facto da interven-

ção ser feita longe do pulmão, não exigindo a resecção do periosteio mas simplesmente a sua formolização. Salientou que a t. p. de Monaldi não se destina a substituir a t. p. demolidora em todos os casos, visto que, nas fibroses, ella não tem indicação. Falando sobre a phrenicectomia, referiu-se ás frequentes recaídas observadas em doentes tratados por este processo, dizendo tambem que a "phreni" acarreta sequencia operatoria má, nos pacientes que tem de submeter-se a uma "thoraco" vertebral. Declarou ter a impressão de que Monaldi age com um certo exclusivismo na indicação da sua operação, condemnando sempre as t. p. vertebraes, o que não lhe parece uma orientação muito boa, pois, a t. p. elastica só tem indicação nas lesões recentes, não podendo ser usada nos casos de fibrose.

Dr. R. de Paula Souza : Agradeceu ao dr. Comenale a apresentação do seu trabalho, e em seguida, teceu alguns commentarios. Após concordar com as criticas feitas pelo dr. Doria á phrenicectomia, indagou do A. qual a percentagem de casos em que a operação de Monaldi tem sido indicada no Instituto Forlanini e qual a orientação por elles seguida nos casos de adherencia, pois o facto do pulmão estar livre ou adherente, tem importancia na mechanica pulmonar. Depois de lembrar que Monaldi considera o diaphragma como um todo, o que lhe parece errado, solicitou do A. informes sobre os resultados obtidos e tempo de cura dos doentes tratados por essa operação.

Dr. Nestor Reis : Chamou a attenção para a importancia do decubito na mechanica thoraco-pulmonar. Em seguida citou um caso de sua observação, operado de thoraco typo Zenchi, em que o coto era solicitado para a direita em posição erecta e para a esquerda quando o doente se deitava. Admitte que a posição do individuo tenha influencia na cura.

Dr. Carlos Comenale Jr. : Disse não saber qual o numero dos doentes operados por este typo de thoraco, mas que os casos são numerosos. Referiu-se a uma nova technica introduzida na t. p. elastica, empregada nos casos em que as cavernas são moveis e que consiste em accrescentar um tempo inferior. E' o que elles chamam de thoracoplastia elastica demolitiva. No Instituto tem casos curados pela t. p. de Monaldi ha 2, 3 e 4 annos e observados seguidamente. Com referencia ás adherencias, verificam si houve modificação da caverna após operação e, si houve, resecam a adherencia. No Forlanini estão fazendo presentemente estudos sobre declive therapia, já tendo sido observados bons resultados.

LYSE EXTRA-PLEURAL DE SYMPHYSE DE PNEUMOTHORAX — DR. RUY DORIA —

O A. admite a possibilidade de, na secção de adherencias, fazer-se o descollamento localizado do espaço extra-pleural, sobre as mesmas, ao envez de descollar-se todo o espaço. Classifica as adherencias em 4 typos, lembrando que as que encerram vasos mais ou menos calibrosos ou tecido pulmonar, são perigosas quando sectionadas. Acha que o methodo endoscopico é melhor do que o a céu aberto, a não ser nos casos de grandes adherencias, nas adherencias habitadas, muito vascularizadas, etc. Apresentou em seguida diversas chapas de raio X de doentes por elle operados cujos casos se ligavam ás considerações feitas.

Commentarios : Dr. R. Paula Souza : Felicitou o A. e lembrou os perigos existentes de contaminação do espaço extra-pleural, quando se o põe em communicação com o intra-pleural encerrando exsudato tuberculoso. Comunicou que a proxima sessão, a

realizar-se em setembro, será dedicada á discussão e apresentação de casos tratados pelo pneu extra-pleural. Para esta reunião serão convidados os drs. Fernando Paulino e Aluysio de Paula.

OBSERVAÇÕES EM TORNO DO PNEU EXTRA-PLEURAL

— DR. RAPHAEL DE PAULA SOUZA — O A. apresentou 2 casos de pneu extra-pleural, sendo que um delles chama particularmente a attenção pelo facto de poder-se injectar grandes quantidades se ar com intervallos pequenos, conseguindo insufflar 500 cc. de 5 em 5 dias, com pressão a + 10. Este doente apresenta ainda uma perturbação da mobilidade respiratoria, evidenciada por uma retracção costal superior. Observou tambem que a pressão manometrica cahia rapidamente, após a insuflação. O A. procurou explicar estes factos pela presença de coagulos de fibrina no espaço extra-pleural, o que impediria o funcionamento regular do manometro e pelo grande poder absorbente do mesmo espaço, o que justificaria as insuflações grandes e frequentes.

Commentarios : Dr. Octavio Nebias : Disse que, nos 21 casos observados por elle e juntamente com o dr. Fleury de Oli-

veira, não conseguiram injectar no espaço extra-pleural mais do que 300 cc. de ar. Só vê uma explicação para o caso do dr. P. Souza : o ar deve ter escapado por algum logar, seja passando para o espaço intra-pleural, seja sahido pela ferida operatoria. Quanto ao disturbio da mobilidade, admite que seja um phenomeno reflexo.

Dr. Comenale Jr. : Procurando explicar as perturbações da mobilidade da parede thoraxica, admite a possibilidade de se tratar de um estimulo partido do pulmão e que iria acarretar essas perturbações.

Dr. Doria : Tem tambem observado a formação de coagulos de fibrina nos casos de pneu extra-pleural que tem operado. Consegue evitar a sua formação injectando no espaço extra-pleural soro physiologico para diluir o exsudato sanguineo.

Dr. Paula Souza : Respondendo aos commentarios declarou que no seu caso, o ar não escapava pela ferida operatoria nem era injectado no pulmão, pois neste caso o doente deveria apresentar escarro sanguineo. Mantem o seu ponto de vista de que o espaço extra-plural é dotado de grande poder de absorpção por causa da quantidade de vasos que encerra.

SECÇÃO DE UROLOGIA, EM 25 DE JULHO

Presidente : DR. ANTONIO A. DE A. PRADO

REFLUXO E EXTRAVASAMENTO — DR. ATHAYDE PEREIRA — O A. estudou primeiramente a architectura renal para passar a explicar o phenomeno do refluxo, fazendo a sua definição. Refere-se ao trabalho de Guyon em 1896. Desde essa data varios estudos têm sido feitos pela injectão atravez do urether com ou sem pressão de substancias corantes ou toxicas e verificadas as suas passagens para a circulação. Com o colargol foi verifica-

da a sua presença na veia renal. Em 1911 Rossie descreveu o 1.º caso de morte pela injectão de colargol no urether sendo o colargol encontrado na veia renal, no figado, etc. As experiencias de Traube em cadaveres pôde reproduzir o refluxo e verificar a ruptura typica do fornix e extravasamento para o sinus renal e veia renal. Ainda esse A. verificou em cortes a passagem da substancia injectada para as veias arciformes e para os canaliculos.

Foi provado histologicamente por preparações de corosão, por prova clinica e radiologica a existencia do refluxo. Em certas afecções cirurgicas do rim, Fuchs verificou os mesmos phenomenos clinicos que os produzidos em certas pyelographias ascendentes e na necropsia foram verificados rompimentos do fornix com phenomenos de suppuração renal. Lembra os casos graves de pyelographia ascendente, devido ao refluxo. A importancia clinica do refluxo é muito grande, explica a pathogenese das nephrites hematuricas, a rapidez de certas nephrites apostematosas ditas tubulares e tubulo-venosa, asepis-urinogenicas, superaguda, da pyelonephrite suppurativa da gravidez e dos prostaticos, das reabsorpções nas hydronephroses. Estuda depois o refluxo vesico-renal, considerando sempre um phenomeno pathologico, explica o mecanismo do refluxo encarando a anatomia da bexiga; dar-se-hia por antiperistaltismo, segundo alguns autores, o que não accêita. Passou em revista as provas experimentaes e clinicas. Este refluxo explica as pyelites passageiras e graves post-operatorias. Estuda o refluxo na tuberculose urinaria e nas molestias medulares com paralysis vesical, referindo-se á symptomatologia e ao seu diagnostico clinico e radiographico. Deu as suas complicações, reportando-se ao tratamento. Citou alguns casos pessoas e do dr. Darcy V. Tiberé, estudou depois os refluxos

urethraes, classificando-os de urethro-prostaticos, urethro-vesiculares e os extravasamentos venosos, explicando o mecanismo desses refluxos nas molestias em que elles se produzem. Lembrou o perigo das injeções de contraste e lavagem de urethra sobre hyperpressão, trazendo o perigo da ruptura da urethra e complicações. Reportou-se principalmente aos extravasamentos vesiculares Referiu-se aos extravasamentos urethraes e o dos renaes, citando o trabalho de Surraco, em seguida mostrou algumas radiographias de sua clinica, e por ultimo as observações clinicas e os commentarios a respeito dos refluxos nelles verificados.

Commentarios: Dr. Eduardo Souza Aranha: Referiu-se a um caso interessante de refluxo vesico-urethral total e bilateral em bexiga retractoril que desapareceu após o órgão ter sido dilatado gradativamente. Referiu-se aos trabalhos interessantes de Hinman sobre o refluxo na pathogenese das hydronephroses.

Dr. Eduardo Costa Manso: Considerou que na parte renal ha uma certa confusão entre extravasamento e refluxo, pensando que se deva considerar refluxo como sendo a progressão da onda liquida em caminho inverso do normal, e extravasamento a sahida fóra do continente normal.

Dr. Athayde Pereira: Esclareceu a definição do refluxo e extravasamento segundo o seu modo de ver.

Faculdade de Philosophia, Sciencias e Letras da Universidade de S. Paulo

CONFERENCIA EM 8 DE NOVEMBRO

RADIOACTIVIDADE ARTIFICIAL E SUAS APPLICAÇÕES BIOLÓGICAS — PROF. LUIZ CINTRA DO PRADO — O A. começou por salientar que a radio-

atividade artificial apesar de recentemente descoberta (1933-34) já tinha determinado a criação de laboratorios em varios paizes. A sua descoberta valera para o

casal Joliot-Curie o premio Nobel em 1935 e os jornaes da manhã traziam a noticia da attribuição do mesmo premio, agora em 1938, a Fermi e Lawrence, dois scientistas que precisamente se distinguiram nos ultimos annos por pesquisas relacionadas com a radioactividade artificial.

A importancia deste phenomeno, bem como da transmutação da materia a que vem sempre associado, está no facto de libertar certas formas da energia intratomica que são duma ordem de grandeza milhões de vezes superior á dos phenomenos chimicos ordinarios.

O A. relembrou alguns conceitos geraes relativos á constituição da materia, insistindo sobre a isotopia que corresponde á existencia de atomos com nucleos de massas diferentes mas gozando das mesmas propriedades chimicas. Em seguida, frizou aspectos geraes da radioactividade natural, que consiste numa explosão dos nucleos atomicos, acompanhada da expulsão de particulas carregadas (alfa ou beta), o que implica numa transmutação da materia. Referiu-se depois ás tentativas feitas, em seguimento á descoberta da radioactividade (1897) no sentido de se obter a transmutação artificial pelo bombardeamento dos nucleos por particulares alfa emitidas pelos radio-elementos naturais — tentativas coroadas dum primeiro exito em 1919 quando Rutherford e Chadwick obtiveram a transmutação do azoto em oxigenio. Foi no curso de experiencias deste genero que em fins de 1933, o casal Joliot-Curie descobriu a radioactividade artificial, observando que os nucleos do aluminio bombardeados por particulas alfa, se transmutam em nucleos instaveis de phosphoros, os quaes são dotados de radioactividade por emittirem electrons positivos.

O A. passou, então, em revista os processos geraes usados hoje em dia para se obter a radioactividade artificial, indiciando os typos de reacções que podem occur-

rer no bombardeamento dos nucleos por particulas alfa (iniciativa de Fermi) e por ions accelerados em campos electricos (trabalhos de Lawrence e outros). A seguir realizou demonstrações experimentaes de alguns methodos usados na observação da radioactividade natural e artificial.

Na segunda parte de sua conferencia, referiu-se ás applicações da radioelementos artificiaes podem ser utilizados em Therapeutica de modo semelhante ao dos radioelementos naturais. Ha mesmo certas vantagens no uso daquelles, pela possibilidade de se obterem acções locais (Curietrapia interna), uma vez que os radioelementos são levados aos tecidos pela propria circulação, e tambem na circumstancia de que a radioactividade artificial é dum controle mais seguro, por não apresentar o fatal encadeamento de corpos radioactivos observados com á radioactividade natural. Essas applicações, todavia, ainda não se podem fazer correntemente pela difficuldade até agora não vencida, de se conseguirem quantidades relativamente importantes de radioelementos artificiaes.

Outra applicação interessante dos mesmos é a que podem ter na funcção de "indicadores". Depois de illustrar com alguns exemplos technicos como a dosagem dum elemento pode servir de base para o reconhecimento e a dosagem duma outra substancia chimica, tratou do emprego dos radioelementos chimicos ordinarios, "não radioactivos". Graças á isotopia, os radioelementos acompanham a substancia "indica" em quasi todos os processos chimicos, physico e biologicos. Referindo-se aos trabalhos realizados sobretudo em Copenhague, por Hefvesy, Paneth, Chiewitz, Hahn e outros, no estudo do metabolismo, citou resultados curiosos sobre a distribuição e a migração do phosphoro nos organismos animaes e vegetaes.

Estudos semelhantes podem ser feitos com relação a outros elementos que têm interesse no me-

tabolismo, como o calcio, o potassio, o ferro, etc., uma vez que a esses elementos é possível associar-se um isótopo radioactivo, fabricado artificialmente. No Departamento de Physica da Faculdade de Philosophia, Sciencias

e Letras existem recursos neste sentido, havendo actualmente experiencias em curso sobre a radioactividade artificial. Já está, pois, aberto tambem entre nós esse interessante campo de pesquisa scientifica.

Departamento de Cultura Municipal

CONFERENCIA EM 24 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. FRANCISCO PATI

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES GERAES SOBRE O SONHO —

PROF. RAUL BRIQUET — O A. bordou longos commentarios sobre as theorias do sonho, dizendo serem ellas bastante numerosas. Recordou, então, a de Aristoteles, segundo a qual o sonho é a expressão da alma de quem sonha. Proseguindo, estabeleceu tres categorias de sonho : do desejo, da punição e da angustia, passando a discorrer sobre cada uma dellas.

Após tecer longas considerações sobre a materia o conferencista

concluiu dizendo que nem todos os sonhos podem ser explicados sexualmente e o estado actual da psychanalyse deixa muita coisa inexplorada.

Finda a oração do professor Briquet, o dr. Francisco Pati encerrou a sessão tendo, antes, agradecido a presença de tão numerosa assistencia e a solicitude com que o conferencista attendera ao convite do Departamento de Cultura para fazer-se ouvir mais uma vez naquelle recinto.

Instituto de Engenharia

SESSÃO DE 11 DE NOVEMBRO

Presidente : DR. ANTONIO PRUDENTE MORAES

O TRATAMENTO DAS ENFERMIDADES SEGUNDO O SEU MECANISMO DE ORIGEM —

PROF. OCTAVIO DE CARVALHO — O conferencista desenvolveu a sua these procurando demonstrar que todos os processos pathologicos giram em torno do phenomeno de Sanarelli. Assim, as nephrites agudas, a angina do peito, a ulcera do estomago e os infartos visceraes são todos choques allergicos, que se fazem acompanhar de profundas perturbações vagotonicas e de graves alterações do estado physico-chimico do

organismo. Como consequencia desse estado de cousas, formam-se substancias toxicas, seguindo-se o exgotamento das reservas de assucar dos tecidos. Dahi aconselhar o conferencista o uso systematico da glycose por via endovenosa, no tratamento de estados semelhantes. O dr. Octavio de Carvalho chama a attenção para os disturbios endocronicos que se observam na ulcera do estomago e na diabete, que, accentuou, são syndromes que se approximam pela diminuição das reservas de assucar que ellas apre-

sentam, embora através de mecanismos opostos.

Esclarece: na diabete, ha falta de assucar nos tecidos e augmento no sangue, por incapacidade de combustão devida á falta de insulina. Na ulcera do estomago e do duodeno, ha falta de assucar nos tecidos e no sangue, seja por excesso de queimas, seja por inactividade do systema sympa-

thico. Na ulcera e na diabete, entretanto, existe necessariamente perturbação do mecanismo regulador da hypophyse.

O conferencista procura mostrar que a ulcera não é molestia, porém consequencia de um desequilíbrio allergico relacionado ás mais das vezes com um fóco de infecção dentario ou das amygdalas.

LITTERATURA MEDICA

Livros Recebidos

Standard Classified Nomenclature of Disease — H. B. LOGIE, 5.^a edição, Chicago, 1937.

Como é sabido, nomeou-se nos Estados Unidos "The National Conference on nomenclature of disease" para a organização de uma "classificação das molestias". Feito o trabalho, veio elle a lume em 1932, conforme tivemos, então, oportunidade de registrar salientando o grande alcance de uma nomenclatura universal organizada, como esta, sob bases solidas, após cinco annos de minuciosos estudos sobre o assumpto. A nomenclatura proposta foi logo acceita pelas grandes associações medicas norte-americanas e os hospitaes daquelle paiz passaram a adoptal-a. Dahi a grande procura do livro e o facto de se terem exgotado logo nada menos de quatro edições. A Associação Medica Americana (535, North Dearborn, Chicago) editou esta 5.^a edição, que, como as anteriores, tem optima feição material. O volume csntém 870 paginas e custa \$3.00 dolares.

La tuberculosi extrapulmonare — MARIO DONATI, 2 volumes, A. Wassermann & C., Milão, 1936-1938.

A obra de Mario Donati, que a casa Wassermann, de Milão, acaba de dar á publicidade com a sahida este anno, do segundo

volume, é daquellas obras que merecem um lugar em separado na bibliotheca dos cirurgiões e tisiatras. Orientada pelo illustre scientista que já nos visitou e todos admiramos, a obra contém a collaboração dos mais destacados professores italianos, encaregando-se, cada um delles, da confecção de um capitulo especial. Assim, os dois volumes encerram os pontos de vista actuaes da sciencia medica italiana no que se refere á tuberculose extrapulmonar. Trata-se de dois volumes em grande formato, com numerosas illustrações, algumas das quaes em trichromia. A obra toda se contém em mais de de 2.000 paginas, em magnifica apresentação material. Está sendo distribuida por Ceppo, Gallo & Cia., rua Libero Badaró, 646, São Paulo. Preço, 100 liras cada volume.

Nova Tecnica de Artrotomia do Joelho — EURICO DA SILVA BAS-TOS, edição do A., São Paulo, 1938.

O presente trabalho constitue a these com que o A. se apresenta ao concurso de livre docencia de Technica Cirurgica e Cirurgia Experimental da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Trata-se de uma technica já apresentada pelo A. em 1932, após metieuloso

estudo anatomico e experimentação em cadaver. Bem aceita pelos nossos meios escolásticos, foi incluída nos programmas officiaes das cadeiras de Technica Cirurgica da nossa Faculdade de Medicina e da Escola Paulista de Medicina. Agora retomando o assumpto, repete o A. as justificativas do seu modo de agir e — o que é dévéras interessante — traz á publicidade os resultados das operações que realizou desde aquella epoca, resultados comprobatorios da excellencia da conducta seguida. Assim sendo, merece divulgação o presente volume em que a technica do autor vem detalhadamente exposta.

Contribuição para o estudo da técnica e da tática das parathyreoidectomias — SEBASTIÃO HERMETO JUNIOR, edição do A., São Paulo, 1938.

These de livre docencia, o presente volume focalisa um assumpto de grande actualidade, principalmente para o nosso meio, onde este sector da cirurgia ainda não tem sido muito trabalhado. Dahi, em parte o grande interesse que desperta este volume; em parte, sim, porque todos sabem e — particularmente os nossos leitores — como são acatadas as produções do A., bastando a citação do seu nome para se ter a certeza de que o trabalho foi feito com grande carinho, á luz de vultuosa literatura, norteado por um espirito avido do progresso da sciencia e apresentado ás vezes com luxos de documentação. O presente volume não falha á regra: nas suas 120 paginas encerra tudo o que ha de mais moderno sobre o assumpto, servindo de base para a systhetização da technica e da tactica das parathyreoidectomias que

o A. propõe nos seus mínimos detalhes. Trata-se pois, de um trabalho de real interesse para os que fazem cirurgia geral.

El Paludismo — BERNHARD NOCHT e MARTIN MAYER, tradução da 2.ª ed. alemã, El Ateneo, (Florida 344), Buenos Aires, 1938.

Os AA. apresentam um interessante e bem documentado trabalho sobre o paludismo, sua clinica, parasitologia e os problemas da luta antipaludica, demonstrando um profundo conhecimento da materia aliado a uma longa experiencia. A parte dedicada ao tratamento é a mais importante do livro, onde as idéas da therapeutica moderna são expostas com muito acerto e clareza. A therapeutica pela malaria mereceu, tambem, um capitulo especial, de grande interesse para os alienistas e outros especialistas cujos estudos não têm ligação directa com a parasitologia tropical. Emfim, é uma importante obra que deve ser consultada tanto pelos clinicos como pelos especialistas. O livro tem 224 paginas e duas planchas coloridas. Preço 4.50 pesos argentinos.

Tuberculose — WALTER BÜNGLER, aulas tachygraphadas, S. Paulo, 1938.

O doutorando José Finocchiaro acaba de distribuir um volume contendo as aulas tachygraphadas do prof. Walter Büngler, no curso de Anatomia Pathologica da Escola Paulista de Medicina. Em 70 paginas se contem a parte correspondente á Tuberculose, em que o A. expende as mais modernas idéas a respeito do assumpto. Trata-se, pois, de um volumezinho de grande interesse para tisiatras e clinicos geraes.

Senotiol - calcio colloidal injectavel
1 empola diariamente

IMPrensa Medica Paulista

Summario dos ultimos numeros

Archivos de Biologia, XXII, 197-224, out.-novembro, 1938. — Primeiro caso no Brasil de Trichinose de localisação cervical — J. de Cunto Jr.; *Zelleriella corniola* n. sp. do *Leptodactylus ocellatus* — A. Carini; Sobre um *Nyctotherus* do intestino de um grillo-talpideo — A. Carini.

Arquivos de Cirurgia Clinica e Experimental, II, 147-347, agosto 1938. — O problema da formação de metastase nos tumores malignos — Walter Büngler e Fernando L. Alayon; La evolucion del criterio terapeutico en las leucoplasias de la vulva — Carlos Stajano e Eduardo Schaffner; Nossa experiencia sobre colostomia com esporão de Schwaetz, technica adaptada pelo autor — Clovis Salgado; Infestação por "*Trichomonas*" em urologia — José Ricardo Alves Guimarães; O ato operatorio é Acidogeno ou Alcalogeno? — Mario Degni.

Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo, XXII, 69-127, março-maio, 1938. — Amebíase intestinal — Haroldo de Azevedo Sodré; Sobre a etiopathogenia do abcesso retro-peitoral — Eurico Branco Ribeiro; Relatorio dos trabalhos de pathologia do systema hematopoietico e do systema reticulo do Laboratorio de Pathologia Clinica do Hospital Humberto I em 1937. — A. Donati, E. Mauro e I. Vasconcellos; Notas semeioticas: Adução dos omoplatas como posição de defesa nas afecções dolorosas da columna dorsal — Adherbal Tolosa; Notas semeioticas: Homologia entre os signaes pyramidaes do membro superior e inferior. Signaes de Oppenheim, Gordon, etc. nos membros superiores — Adherbal To-

losa; Achalasia do pyloro — Alipio Corrêa Netto; Tratamento da procidencia do recto pela operação de Moschowite — Eduardo Etzel; Osteosynthese com tendão de cangurú — Eurico Branco Ribeiro; Dois casos de amaurose total ptyatica curados pelo methodo psycho-galvanico — F. de Oliveira Bastos e Paulino Longo; Recentes progressos no campo da etiologia, da pathologia e da therapeutica do trachoma — A. Busacca; Tratamento cirurgico do descolamento da retina — J. Pereira Gomes; Frequencia do Wassermann positivo nas keratites parenchymatosas — Aureliano Fonseca; Epithelioma embryonario curado pelo radio — J. Soares Hungria; Estatistica dos serviços da 3.ª Enfermaria de Clinica Cirurgica da Santa Casa — J. Soares Hungria; A parathyreoidectomy na osteite fibrocystica de Recklinghausen — S. Hermeto Jr.; Drenagem aspiratoria fechada permanente no pyopneumothorax — Nairo França Trench; Colpo hysterectomy total com systectomy total. Implantação dos ureteres no recto — Edmundo Vasconcellos e J. Baptista da Costa; Alguns progressos da ophtalmologia — Moacyr E. Alvaro; Syndrome de compressão da cauda de cavallo — Eduardo Monteiro e Carlos Gama; Lithotripsia cystoscopica — Geraldo V. de Azevedo; Estudos de prenhez ectopica — Nicolau Stabile; O que ha de novo no tratamento do diabete — F. Cintra do Prado; Prenhez abdominal no ultimo mez, com syndromo de oclusão intestinal; laparotomia e cura — A. Vieira Marcondes e Geraldo V. de Azevedo; Chorioepithelioma primitivo da trompa — Carmen Escobar Pires.

Caderno de Pediatria, III, 217-240, 31 outubro 1938. — Contribuição ao mieloma múltiplo — N. Javarone.

Clinica e Terapeutica, I, 1-19, setembro 1938. — A marconiterapia no tratamento das bruceloses e dos abscessos pulmonares crônicos piogênicos — Guido Izár; Um caso de lues e paludismo — Carlos Noce.

Folia Clinica et Biologica, X, 145-176, n.º 5 1938. — Considerações sobre as inclusões celulares da molestia de Nicolas-Favre — V. de Almeida e J. Oria; Dell'uso dei medicamenti per via gastrica nell'uretrite gonococcica — A. Busacca; Ação específica dinâmica dos alimentos — F. A. Moura Campos.

Gazeta Clinica, XXXVI, 365-398, outubro 1938. — Estado atual do tratamento da úlcera gastroduodenal — Cornelio Rosenberg.

Letras Medicas, III, 53-72, julho-agosto 1938. — Da contribuição brasileira ao estudo das vitaminas e das avitaminoses — F. A. Moura Campos; Vitamina A em medicina — Vicente Baptista; Casos cirúrgicos insuportáveis — Mario Otobrin Costa.

Medicina Practica, I, 1-80, junho 1938. — Insuficiência cardíaca — Uzeda Moreira; Pneumotorax prático — José Ribeiro de Carvalho; Terapêutica geral da tuberculose — Aristides Guimarães; Pseudo-reumatismo infeccioso no curso da pneumonia — Leite Penteado; Orchi-epidymite e Prata Colloidal — Carlos Noce; Existe algum medicamento antiphlogístico? — Pedro Corrêa Netto.

Publicações Medicas, X, 1-72, setembro 1938. — Indicação operatoria e idade — Mario Otobrin Costa; A schistosomose de Manson-Pirajá da Silva — Esmeraldo C. Silva; Posições viciosas do útero; suas causas e seu tratamento — Sylla O. Mattos.

Revista da Associação Paulista de homeopathia, II, 1-42, agosto-setembro 1938. — Contribuições da Homeopathia ao progresso das sciencias — Kamil Curi; Questões de Patologia — Walfrido dos Anjos; Tratamento homeopático da dispepsia — Alfredo di Vernieri; Alôe Ferox — Helena Minica; O perigo das aplicações externas — Walfrido dos Anjos; Um caso clínico — Arthur Rezende.

Revista da Associação Paulista de Medicina, XIII, 73-130, agosto 1938. — Síndrome esquizofrênica e disendocrinia — Virgílio de Camargo; Vacinação e revacinação — Raul Godinho, Cicero Monteiro de Barros e Pedro Egydio Carvalho; Estado actual da therapeutica da eschizophrenia — Mario Yahn e Joy Arruda.

131-218, setembro 1938. — Contribuição ao estudo dos chamados cystos conjunctivos do cordão espermático — Francisco Cerruti; Considerações sobre alguns casos de endometriose — Mario Otobrin Costa e Carmello Guerrero Cocuzza; Estado actual de therapeutica da eschizophrenia — Mario Yahn e Joy Arruda.

Revista Clinica de S. Paulo, IV, 131-170, outubro 1938 — El síndrome de la obstrucción sub-total de las vias biliaras. Su diferenciacion con la obstrucción total — Varella Fuentes e R. Canzani; A erythromelalgia — L. Mendonça de Barros; Considerações em torno de quatro casos de hernia inguinal tratados com injeções locais — A. Duarte Cardoso.

Revista de Medicina, XXII, 83-168, outubro 1938. — Bases atuais do tratamento do empiema agudo do torax — Eduardo Etzel; Eserina e fadiga muscular — Eloisa Milla; Novos rumos ao tratamento da boubá — Waldemir Miranda; Myomas uterinos — Sylla O. Mattos; Considerações sobre um caso de falso aneurisma

da iliaca externa — Fuad Chammás; Estudo sobre a postura do *Trichuris trichiura* — Marcello Oswaldo Alvares Corrêa e Oswaldo Mellone; Esterilização dos heredopáticos — Attilio Z. Fiosi.

Revista de Neurologia e Psiquiatria de São Paulo, IV, 58-97, abril-junho 1938. — Forma de transição entre a doença de Friedreich e Heredo Ataxia Cerebular — Armando Valente.

VIDA MEDICA PAULISTA

Sociedade de Medicina Legal e Criminologia

Eleição da nova directoria. —

No dia 8 de novembro, no Instituto "Oscar Freire" da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, sob a presidência do prof. Flaminio Favero e secretariada pelos drs. Moysés Marx e Armando Cardarelli, reuniu-se, em terceira convocação, a assembléa geral da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo.

No expediente foram lidos e aprovados os pareceres da comissão de premios, cabendo aos drs. Carlos Costa e Raul de Almeida Braga, respectivamente, os premios "Oscar Freire" de Medicina Legal dos annos de 1933 e 1934. Ao dr. Hilario Veiga de Carvalho foi concedido o premio "Oscar Freire" de Criminologia de 1938.

Ainda, no expediente, foi lida uma carta de agradecimento do prof. Henrique Tanner de Abreu pela sua eleição ao cargo de socio honorario.

Foram propostos e acceitos, como socios titulares, os drs. Plinio Cavalcanti de Albuquerque e João de Monlevade.

Passando-se á ordem do dia foi realisada a eleição da nova directoria para 1939 que ficou assim constituida: presidente, prof. Flaminio Favero; vicepresidente, dr. Alvaro do Couto Brito; secretario geral, dr. Ar-

naldo Amado Ferreira; 1.º secretario, dr. Moysés Marx; 2.º secretario, dr. Antonio Miguel Leão Bruno; thesoureiro, dr. Manuel Pereira.

Commissões: medicina legal, dr. Hilario V. de Carvalho e O. C. Berenguer; criminologia, dr. Percival de Oliveira e Azambuja Neves; policia scientifica, dr. Luiz Silva e O. Baldijão; psiquiatria, drs. Durval Marcondes e E. A. Whitaker; infortunistica, dr. Renato Bomfim e A. Matuck; toxicologia, drs. Ed. Cirati e I. Mirra; identificação, drs. Ricardo J. Daunt e R. Tuth; anthropologia, drs. Oscar R. Godoy e Pedro Moncau: Filho; direito criminal, drs. V. J. Vicente de Azevedo e Basileu Garcia; anatomia-pathologica, drs. Vieira Filho e Ernestino Lopes; patrimonio, drs. Manuel Carlos de Figueiredo Ferraz, Paulo Americo Passalacqua e Romeu Petrochi; premios, drs. J. Mamede da Silva, Milton Amaral e A. de Almeida Junior; redacção, pharmaceutica Elisa Novah e dr. Rebello Netto.

A seguir, o thesoureiro, dr. Manuel Pereira, apresentou o seu relatorio sobre o movimento financeiro da Sociedade, sendo-lhe concedido um voto de louvor pelo serviço que vem desempenhando no exercicio desse cargo.

NEO-HEPAN - figado injectavel

Posse da nova directoria e entrega dos Premios "Oscar Freire" — Commemorando seu 17.º anniversario de fundação, a Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de São Paulo reuniu-se no dia 15 de novembro á noite em concorrida sessão solenne realizada no Instituto Oscar Freire, na avenida Theodoro Sampaio.

Presidida a sessão pelo dr. Flaminio Favero, presidente reeleito da Sociedade, tomaram igualmente assento á mesa os drs. Celestino Bourroul, presidente da Sociedade de Medicina e Cirurgia, Alvaro Couto Britto e Moysés Marx.

Abrindo os trabalhos usou inicialmente da palavra o dr. Flaminio Favero, que, depois de recordar o que tem sido a existencia da Sociedade de Medicina Legal e Criminologia, poz em destaque a actuação de Oscar Freire, enaltecendo a personalidade do illustre cientista. Proseguindo, referiu-se ainda o orador ao desaparecimento no anno social findo, de quatro illustres membros da Sociedade, fazendo o elogio dos extinctos: professores Enjolras Vampré, Porto Carrero, José

Rodrigues Costa Doria e Fausto Guerner.

Findo o discurso do presidente, este declarou empossada a nova directoria, assim constituída: presidente, prof. Flaminio Favero; vice-presidencia, dr. Alvaro do Couto Brito; secretario geral, dr. Arnaldo Amado Ferreira; 1.º secretario, dr. Moysés Marx; 2.º secretario, dr. Antonio Miguel Leão Bruno; thesoureiro, dr. Miguel Pereira. Procedeu-se á entrega dos premios "Oscar Freire", de medicina legal e criminologia, conferidos ultimamente aos drs. Hilario Veiga de Carvalho, Carlos Costa e Raul Braga. Foram os premios entregues pelo dr. Flaminio Favero a cada um dos laureados, sob prolongadas salvas de palmas da assistencia.

Em seguida, falou o dr. Antonio Miguel Leão Bruno, pronunciando um discurso de saudação aos medicos premiados, em nome dos quaes falou agradecendo o dr. Hilario Veiga de Carvalho.

Falou ainda o dr. Arnaldo Amado Ferreira, secretario geral, que apresentou rapida exposiçã das actividades da Sociedade no anno social que se encerrava.

NOTAS THERAPEUTICAS

Um novo antiséptico intestinal

O Carbantren "Ciba". — O tratamento chimiotherapico das affecções intestinaes parasitarias, particularmente a disenteria amebiana, lambliase e disenteria bacilar, possui uma arma poderosa no Entero-Vioformio. Ao lado destas parasitoses que exigem um tratamento severo e bem controlado, apresentam-se tambem em diversos climas outras doenças do aparelho digestivo, de character mais commum, como as gastro-enterites agudas, as enterites, as dispepsias fermentativas e pútridas, as diarrheias estivaes e as produ-

zidas por transgressões de regimen ou intoxicações alimenticias etc. Para o tratamento de todos estes transtornos a casa "Ciba" lançou um novo preparado em forma de granulado, de uso comodo e simples, sob o nome de Carbantren.

No Carbantren entra em acção a iodochloro-oxichinoleina em combinação chimica com o bismuto (10%), cujas propriedades antisepticas e antidiarrheicas, reductoras de secreção e protectoras da mucosa, soã bem conhecidas pelos trabalhos pharmacolo-

gicos; além disso o Carbantren contém pectina (20%) e carvão medicinal activo.

A pectina actua por dois mecanismos: por uma parte accelera a coagulação sanguínea (recentemente se admite que actua também augmentando as cifras de trombocitos do sangue, e as investigações de Dietrich e Oettel lhe emprestam até uma certa acção sobre o endothélio dos vasos); por outra parte, a pectina, por seu poder de embebição e suas propriedades absorventes, favorece a condução e a expulsão das substancias do intestino, trate-se de productos tóxicos, bacterianos ou de origem chimica.

Finalmente, o Carbantren contém, em elevada proporção, carvão medicinal activo, cujas propriedades absorventes são assáz conhecidas. O carvão activo actua como antiflogístico; absorvendo da superficie das mucosas todas as materias irritantes procedentes da destruição celular ou de processos fermentativos, impedindo sua absorção no intestino.

O Carbantren está indicado nas affecções intestinaes e paraintestinaes do typo dispeptico, na gastro-enterite, enterite chronica, dispepsias fermentativas e putridas, diarreias estivaes, tippo, paratippo, etc., bem como nas affecções intestinaes acompanhadas de manifestações hemorrágicas, como disenteria, colite ulcerosa, etc., em que as propriedades antihemorrágicas da pectina tornam particularmente efficaz a acção do preparado.

Com o Carbantren se consegue antiseptia intestinal efficaz, bem como uma limpeza mechanica, em virtude de serem arrastados pelas fezes os productos de fermentação anormal da flora intestinal e as secreções pathologicas os intestinos recuperam seu funcionamento normal e o organismo é desintoxicado.

O Carbantren é apresentado em caixas com 50 grs. de um fino granulado de odor quasi nullo e sem sabor caracteristico.

Therapeutica percutanea

A sua theoria e a sua pratica

— Era conceito dominante até pouco tempo que a pelle fosse um simples involucro protector exercendo uma função de pura defesa mecanica. O conjunto dos estudos sobre o systema nervoso vegetativo, sobre os reflexos sensitivos — visceraes e especialmente sobre a circulação capilar e relativa autoregulação chimica modificou profundamente essa concepção simplista. Está hoje estabelecido que alguns estímulos agindo sobre a pelle provocam reacções reflexas nas visceras, seja vizinhas, seja longinquoas, assim como a therapeutica derivativa cutanea encontra uma confirmação plena da sua acção evidente através dos mecanismos acima assignalados. Também foi verificado que algumas substan-

cias agem differentemente segundo são administradas, por via percutanea ou intradermica ou ainda por via enteral. De facto, o meio percutaneo modifica profundamente a droga subministrada e põe em jogo uma serie de reacções biochimicas, humoraes e tissulares. E' assim que o uso do iodo por via percutanea é bem diverso e muito mais efficaz em certos casos, do que por via hypodermica ou oral. Si queremos obter uma reacção local e bem circumscripta, impõe-se a subministração cutanea, mas mesmo assim a acção geral do iodo não é menos activa com quanto mais lenta. Si ao elemento activo iodo são accrescentadas substancias chamadas "rubofacientes" que sensibilizam a cutis, augmentando a irrigação hematica e lymphatica

e provocando assim a formação tissular de substancias complexas humores de acção neurocirculatoria — é evidente que a acção do medicamento fundamental é reforçada tornando-se therapeuticamente mais activa. A associação do iodo ao guayacol, á terebenthina, á camphora em adequado excipiente é plenamente justificada tanto do ponto de vista doutrinário como do ponto de vista pratico. Tanto assim é que a pomada Pollini, que tem

a composição acima, sempre obteve exitos brilhantes nas adenites cervicaes, nas engorgitações ganglionares, nas pleurizias, nas bronchites subagudas e chronicas, nas arthrites monoarticulares e ainda nas myalgias e nevralgias de origem rheumatica. Os fabricantes dessa pomada — Dott. G. Pollini & Cia. S. A., 2 Via Balbo, Milano, Italia, desejam representantes para o seu producto em todos os paizes da America.

Injecção inteiramente indolores e sem reacção local

Calcio Isotonico GROSS

○ mais moderno recalificante sem perigo

Laboratorio Gross-Rio de Janeiro

NEURILAN

Poderoso calmante do sistema neuro-vegetativo.

Indicado na excitação nervosa, nos desequilibrios vasomotores, tiques, palpitações, insomnias, dyspepsia nervosa.

Á base de estroncio bromado, crataegus, leptolobium, meimendo

Dose 1 a 2 colheres das de chá em agua assucarada ás refeições

LAB. GROSS-RIO

NAO DEPRIMENTE

NEURILAN

ARTEFACTOS DE BORRACHA

LUVAS DE BORRACHA PARA CIRURGIA. TUBOS DE BORRACHA PARA TODOS OS FINS. RIOS E CHUPETAS. ROLHAS DE BORRACHA. DEDEIRAS

Varios artigos para laboratorio e pharmacia

Genesio Figueirôa & Filho

CAIXA POSTAL, 1256

Rua Florencio de Abreu N.º 32 — São Paulo

ESTUDOS CIRURGICOS (2.^a Série)

DR. EURICO BRANCO RBEIRO

Um volume fartamente ilustrado em papel glacé, abordando questões de cirurgia gastrica, de vias biliares, do pancreas, do intestino, dos ossos, do ovario, da lepra, etc., e pondo na ordem do dia os problemas do tetano.

PREÇO 25\$000

PEDIDOS AO AUTOR: CAIXA POSTAL, 1574 — SÃO PAULO

GLYCOSORO

O melhor coptra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção chloretada
Uma injeção diaria ou em dias alternados

SÔRO GLYCOSADO
PHOSPHO-ARSENIADO
COM OU SEM
ESTRYCHNINA



ATROVERAN

sem entorpecentes

O mais energico medicamento contra os *espasmos dolorosos* do pyloro, do colon, da vesicula biliar, dos bronchios (asthma), dos ureteres, do utero, etc.

A' base de papaverina, belladona, meimendo e boldo XX a XXX gottas por 2 a 3 vezes ao dia.

LABORATORIO GROSS - RIO

O melhor regulador do figado e do intestino

Sulfobilina
Enxofre colloidal, bile, boldo, combretum, podophyllum, belladona
Dose: 1 a 4 drageas após as refeições
Laboratorio Gross - Rio de Janeiro

